ett centralt övervakningsregister?! – Nä, kunde just tro det.»

På det sättet kan vi se till att känsliga data om patienten inte hamnar i Stockholm, men det löser inte frågan om att vi anses skyldiga att på varje receptblankett uppge denna för patienten känsliga information.

Vid förfrågan om detta från vår läkarförening till förbundet har vi fått till svar att juristerna inte såg några komplikationer med det.

Jag antar att de då anser att en lag som bjuder oss att fylla i dessa koder samtidigt ger oss rätten att bryta sekretessen och att sekretessbrottet därmed inte är något juridiskt problem. Frågan är om det räcker med att det juridiskt är tillåtet. För mig känns det tveksamt att lämna ut denna typ av information vid alla konsultationer utan att jag kan se att utlämnandet för den enskilda patienten har något värde.

Etiskt försvarbart?

Det är ju också så att en diagnos i kodad form inte är omedelbart tillgänglig för patienten och att de därför inte själva på blanketten kan läsa vad som faktiskt för den invigde står i klartext på papperslappen. Det åligger då mig, som kan läsa, att å patientens vägnar ifrågasätta hela förfarandet. Frågan är inte enbart om det är juridiskt tillåtet att sätta ut diagnoserna på detta sätt, utan om det är etiskt försvarbart.

Svante Blomstrand
barnläkare,
Landvetter

Tystnadsplikten och den nya receptblanketten går ej ihop

Tystnadsplikten är en av de mest kända av de läkaretiska reglerna, men inte alltid lätt att tillämpa. Sveriges läkarförbund uttrycker regeln på följande sätt: »VII. Läkaren skall iaktta tystlåtenhet om varje patient som rådfrågar honom, såvida inte patientens väl äventyras härav.»

Denna etiska regel kommer ibland i konflikt med lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m fl [SOSFS-(M) 1980:7] som inskränker tystnadsplikten sålunda: »Vad som sagts nu medför inte någon inskränkning i den skyldighet att lämna uppgifter som följer av någon annan författning.» Denna begränsning innebär att sjukvårdspersonalens tystnadsplikt kan tas bort i obegränsad omfattning, om författningsskrivande myndighet så finner för gott.

Sedan den 1 januari innevarande år åläggs läkare att på recept ange patientens personnummer och diagnosnummer. Läkaren, enligt traditionen och etiken patientens ombud och förtrogne, har här fått sig ålagt ytterligare en uppgift som representant för myndigheten, mot patienten. Lagens exakta innebörd är inte klar, eftersom den ännu inte finns tillgänglig. Avsikten med att uppge personnumret är att hemlandstinget skall debiteras kostnaden, från 1 januari 1998. Detta skulle dock kunna ske på annat sätt, t ex genom registrering av postnummer.

Tystnadsplikten har alltid haft sina begränsningar. Journal med diagnos skall sålunda föras, även om frånvaron av journal inte i ett enskilt fall skulle äventyra patientens väl. Diagnos måste uppges till försäkringskassan om patienten skall få sjukpenning.

Etiska reglerna

Ibland måste läkaren följa de etiska reglerna och den tolkning det enskilda samvetet ger av etiken, även om man då bryter mot lagen. Detta framfördes och analyserades grundligast i Nürnbergrättegångarna mot läkarna under nazisttiden. Att man följt gällande lag är inte en ursäkt för att bryta mot grundläggande etiska regler.

Allmänintresset större?

Att avgöra när man skall vägra följa lagen är svårt. Det aktuella problemet är om allmänintresset av att registrera patientens landstingstillhörighet med personnummer i stället för på annat sätt – samt hans diagnos – är större än hänsynen till patientens integritet och till förtroendet i patient–läkarrelationen. Personligen anser jag att allmänintresset här är långt mindre än patientens intresse, och allmänintresset kan tillgodoses på annat sätt.

Jag kommer därför inte att följa lagstiftningen i de delar den hotar tystnadsplikten. Jag är mycket tacksam mot Svensk förening för allmänmedicin för deras uppmaning till sina medlemmar i samma riktning. Om en större grupp läkare vägrar följa dessa regler kommer de inte att kunna tilllämpas.

Jag ber Läkarförbundets och Läkaresällskapets etiska delegationer att diskutera problemet skyndsamt. Lagstiftningen torde inte slå igenom förrän vid årsskiftet, och kanske kan en kraftig opinion åstadkomma en ändring i föreskrifterna.

Gunnar Westberg
docent,
Göteborg

Sparmöten och teknik tar också tid från patienten!

Hur blir det med sjukvården? undrar Ingemar Fagerlund i Läkartidningen 5/97. Jag kan bara hålla med och tillägga: Vad kommer att hända med patienterna? Dem som vi alla trodde att vi var till för betyder allt mindre i den svenska sjukvården. Det finns ytterligare två saker som inte kommit fram i debatten hittills, men som också drabbar patienterna, själva sparmötena och, paradoxalt nog, den överdrivna datoriseringen.

Ytterligare sparande

Nya sparmöten drar nu så mycket vårdpersonal att man bara därför måste omorganisera och strukturrationalisera ännu en gång. För att klara detta måste man gå på ytterligare sammanträden och patienterna får vänta. Köerna växer. Det fanns säkert mycket luft i organisationen en gång, men i längden kan man inte möta de ökade kraven och de bristande resurserna med ständigt nya indragningar av personal i de direkt vårdande kategorierna.

I stället borde man försöka analysera vad sjukvården gör med sina pengar och ta reda på varför kraven ständigt ökar. Man måste också inse att själva omorganiserandet drar så stora resurser att detta i sig skapar ytterligare behov av sparande. När väntrummet är fullt av gamla och sjuka löser man inte problemet med att gå på möten för att rationalisera ytterligare utan genom att vara kvar och ta hand om sina patienter.

Total brist på samordning

Patienterna drabbas också av den totala brist på samordning av de ekonomiska resurserna som råder. Behövs någonting för den direkta patientvården är det alltid svårigheter med finansieringen, men om det exempelvis gäller inköp av datorer kommer saken i en annan dager.

Den överdrivna tron på datorers välsignelse (se Läkartidningen 4/97) har gjort att det inom primärvården i stora områden köps nya datorer igen. Att de gamla fungerar bra och täcker alla behov är inget argument mot det nya, inte heller att det i vissa fall tar längre tid att använda det nya systemet än att skriva själv.

Nyligen presenterades också en utredning i Primärvårdens nyheter (nr 14) som visar att det datoriserade journalsystemet tar så mycket tid för läkaren att använda att det motsvarar ett bortfall av åtminstone 240 patienter per år jämfört med om han eller hon skrivit manuellt.

Skall vår svenska sjukvård över huvud taget ha någon framtid får vi inte glömma att sjukvården faktiskt i första hand är till för de sjuka. Vi måste återgå till att värna om patienterna.

Åsa Larsson
distriktsläkare,
Trollhättan

Förstår läsarna förkortningen?

Läkare som läser medicinsk text från andra områden än sitt eget specialfält har ofta svårt att tyda förkortningar, som därför blir ett hinder för läsningen. Läkartidningen, som ju har som ett mål att orientera över specialitetsgränserna, har därför en mycket restriktiv inställning till förkortningar:

Undvik att införa nya förkortningar. Om det är nödvändigt, t ex därför att det förkortade begreppet är otympligt och återkommer många gånger i artikeln, får inte den nya förkortningen kunna förväxlas med en annan, mer etablerad. Förklara förkortningen första gången den används i artikeln.