

mjukhet inför Cochranerapporten. Utifrån tillgänglig dokumentation kan man inte dra slutsatsen att mammografiscreening minskar totalmortalitet eller mortalitet i bröstcancer [2].

Är det då motiverat att fortsätta med screening utanför kliniska studier? Möjligtvis överväger mammografiscreeningens negativa konsekvenser i form av ökat antal bröstoperationer och ökad mortalitet på grund av biverkningar till strålbehandling [3].

Är det då etiskt försvarligt att fortsätta? Så länge det råder så stor osäkerhet om nettoeffekterna av mammografiscreening är det viktigt att de kvinnor som inbjuds till screening erhåller en rättvis bild av tillgänglig dokumentation, häribland också Cochranerapporten [2] och Olsens och Gøtzsches artikel i Lancet [3].

Referenser

1. Dean PB. Screening med mammografi en pålitlig undersökningsmetod. *Läkartidningen* 2001;98:5924-5.
2. Olsen O, Gøtzsche PC. Systematic review of screening for breast cancer with mammography (Cochrane Review). In: *Cochrane Library*, Issue 4, 2001. Oxford Update Software.
3. Olsen O, Gøtzsche PC. Systematic review of screening for breast cancer with mammography. *Lancet* 2001 (<http://image.thelancet.com/lancet/extra/fullreport.pdf>)

Befogad kritik mot bristande sekretess vid § 7-undersökningar

Enligt lag får journaler, mot patientens vilja, användas vid § 7-undersökningar varigenom känsliga journaluppgifter kan komma till domstols och allmänhetens kännedom. I 48/01 (sidorna 5532-4) av *Läkartidningen* skriver professor Gunnar Kullgren m fl att det finns patienter som misstror sekretesskyddet för journaler. En misstro som jag anser ej helt obefogad.

HANS WACHTMEISTER
överläkare och specialist i allmän- och rättspsykiatri, Rättspsykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
hans.wachtmeister@telia.com

Enligt Läkareförbundets etiska regler skall läkaren »iaktta tystlåtenhet om varje patient såvida inte patientens väl äventyras härav«, och enligt Madriddeklarationen är information som erhållits i behandlingsarbetet »konfidentiell och får endast och uteslutande användas för att främja patientens hälsa«, och vidare stadgas att »... rättsregler medför inte av sig själva etiskt försvarbar medicinsk praxis«.

Enligt svensk sekretesslagstiftning gäller att »Sekretess hindrar inte heller att uppgift lämnas till annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning« (SFS 1980:100 14 kap 1 §). Sådan uppgiftsskyldighet gäller gentemot rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet.

Cirka 2 000 § 7-intyg årligen

Det görs varje år cirka 2 000 § 7-undersökningar, eller s k små sinnesundersökningar, av för brott misstänkta personer. I samband med dessa införskaffas till undersökningsenheten journaler från barn- och vuxenpsykiatriska kliniker, missbrukskliniker och ofta även från vårdcentraler m m. Redan innan personen anländer till undersökningsenheten har en registrator ringt till hemortens psykiatriska klinik och klinik för missbruksvård och rekvirerat journaler. Av dessa kan framgå att personen även vårdats på annan ort, och då beställs journaler därifrån.

Samtycke efterfrågas inte

Ingen frågar efter personens samtycke till att journaler på detta sätt lämnas ut. Jag har ej varit med om att något sjukhus eller någon vårdcentral vägrat lämna ut

journalhandlingar. Däremot har en rad privatpraktiker så gjort. De flesta som genomgår § 7-undersökning har tidigare haft psykiatriska kontakter.

Omfattande psykiatrisk anamnes

I ett § 7-intyg redovisas i regel den psykiatriska anamnesen inklusive missbruk, självmordsförsök och annat destruktivt beteende, beteendestörningar i barn- och ungdomsåren, jämte psykiska störningar, missbruk och kriminalitet hos nära anhöriga.

Vad man kanske fem år tidigare i förtroende, och med tillit till sekretess, sagt till sin läkare, delges nu åklagare och nämndemän. Ibland kan det röra sig om för den åtalade gravt belastande uppgifter. Sådant kan inte väcka annat än bitterhet mot sjukvården. Tillika kan ju grannar, arbetskamrater och press få läsa § 7-intyget eftersom dessa oftast ej hemligstämplas av domstol.

En kollega till mig berättade att fyra av hans § 7-intyg återgetts i tidningar. Innan jag skrev dessa rader besökte jag, i kontrollsyfte och utan att presentera mig, ett par domstolar där jag fick ut och läste igenom några § 7-intyg. För att få ut domstolens akt i målet bör man veta aktens nummer. Detta är dock inte svårt att få fram.

Flertalet positiva till undersökning

En sjukförklaring, dvs om personen lider av en i lagens mening allvarlig psykisk störning, står och faller ej med att undersökningsläkaren tagit del av tidigare journalhandlingar. För övrigt är det stora flertalet positiva till att undersökas och har inget emot att journaler rekvireras. Jag tycker dock inte att journaler skall lämnas ut innan personen ifråga gett sitt medgivande härtill.

»Stora sinnesundersökningar«

Ovanstående resonemang gäller endast delvis RPU (rättspsykiatriska undersök-

ningar eller s k stora sinnesundersökningar). Förutom första sidan, där slutsatserna redovisas, hemligstämplas alltid RPU. Men även här gäller att domstolar, mot patientens vilja, får ta del av känslig information från psykiatriska journaler m m.

Ett brott mot de etiska reglerna

Jag anser att utelämnande av journaler till rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet, utan patientens godkännande, är ett brott mot Läkarförbundets etiska regler liksom mot Madriddeklarationen. Vad säger man på Läkarförbundet?

Som rättspsykiater kan man inte censurera bort för patienten graverande uppgifter. Detta skulle kunna komma fram, och det är viktigt såväl för en rättspsykiater som hans klient att han har domstolens förtroende.

»Farfar var transvestit«

Jag anser också att det strider mot läkaretiken att sekretessen för journaler m m hävs efter 70 år (Sekretesslagen, SFS 1980:100). Vill våra patienter ha det så? Ska det vara fritt fram för barnbarnen att läsa att ännu levande mormor i sin ungdom gick på heroin och att farfar var transvestit? •

Kommentar:

Förbundet delar farhågorna

II Sekretessfrågorna är ett av Läkarförbundets stående bevakningsområden både vad gäller lagstiftningen och de etiska ställningstagandena. Beträffande sekretessbrytande undantag i lag av den här typen (det finns ju fler; körkort, de grövsta brottmålen, vapeninnehaven m fl) brukar förbundet uttala att även om varje undantag för sig kan ses som välmotiverat för stunden så urholkar mängden av undantag tillsammans sekretessskyddet i allt för stor omfattning.

Förbundet anser att undantagen bör vara färre och utformas som möjlighet för läkaren, inte som skyldighet. Läkares bedömning skall vila på avvägning mellan integritets-/patientintresset och eventuellt samhällsintresse med fokus på individintressena.

När det gäller 70-årssekretessen kan man konstatera att långt ifrån alla journaler bevaras så lång tid och ännu färre röner intresse för anhöriga, men för de återstående har förbundet givetvis krävt sekretesskydd.

Motivet för att bryta sekretessen

Det kan nämnas att när sekretessgenombrottet för de rättspsykiatriska undersökningarna infördes, motiverades det med

att det är ett väsentligt patientintresse att påföljdsvalet blir korrekt, att uppgifterna endast skulle användas i påföljdsfrågan och att spridningen av uppgifter inte behöver gå längre än till domstolen och att integritetsintresset därmed borde kunna vika.

Anpassning till lagen?

Av och till uppkommer diskussionen om den på etisk grund vilande tystnadsplikten skall »anpassas« till förekomsten av de tvingande lagundantagen, vilket har skett i varje fall i något annat land. Förbundet har bl a i pågående arbete med översyn av de etiska reglerna valt att inte göra något avsteg åt det hållet. Detta är dock en del av ett långsiktigt förhållningssätt som inte upphäver den enskilda läkares skyldighet att följa gällande lagreglering.

Läkarförbundet delar således farhågorna vad gäller patienternas tilltro till sjukvårdens sekretess, och har inte någon annan principiell inställning i dessa frågor än den Hans Wachtmeister framför.

Jan Schöldström

sekreterare i Läkarförbundets etik- och ansvarsråd

Är professionellt samarbete av ondo?

Är samarbete mellan olika personalkategorier av ondo? Frågan infin- ner sig vid läsning av intervjun med sociologiprofessorn Gerd Lindgren (Läkartidningen 48/01, sidorna 5538-9). Hennes udd synes riktad mot sjuksköterskorna, men i dag har såväl läkare som sjuksköterskor sin professionella bas att stå på, utifrån vilken de samarbetar till patientens bästa.

ANN-CATHRIN JÖNSSON

neurosjuksköterska, fil mag, doktorand i neurologi vid institutionen för klinisk neurovetenskap, Universitetssjukhuset i Lund

ann-cathrin.jonsson@skane.se

II I intervjun redogör Gerd Lindgren för sin uppföljning och tolkning av förändringarna av maktstrukturerna i sjukvården. När jag tog del av Lindgrens föregående bok »Doktorer, systrar och flickor: om informell makt« (1992) kände jag att den redan då speglade en struktur som till vissa delar redan då befann sig i förändring.

När jag nu tar del av beskrivningen av

Lindgrens uppföljning av den tidigare studien sker det med stigande förvåning. Här beskrivs de kliniska organisationsförändringar som utarbetats i samförstånd mellan de olika vårdarbetarna – läkare, sjuksköterskor, paramedicinare och undersköterskor – som en manipulation med ekonomiska förtecken genomförd av administratörer och enbart i syfte att »slimma« organisationen och spara pengar.

Vi har sökt nya arbetsformer

I själva verket har vi olika yrkeskategorier i sjukvården under lång tid sökt och utarbetat nya arbetsformer för att undvika den objektifiering av patienten som

tidigare var rådande. I stället vill vi tillsammans arbeta med patienten i centrum, dvs utgå från patienten själv när vi planerar vården.

I sin förra studie skrev Lindgren: »Sådana omorganiseringar som gruppvård (arbetsteam med läkare, sjuksköterska och undersköterskor) splittrar flickornas grupp på ett för dem olyckligt sätt. Att vara lägsta positionen i ett team är mindre tilltalande än att jobba i en relativt autonom grupp av flickor.«

För den som inte läst Gerd Lindgrens föregående bok kan jag berätta att benämningen »flickor« står för undersköterskor. Det är inte utan att man slås av tanken att författaren redan då, när nästa studie planerades, utgick från hypotesen att multiprofessionella team är av ondo och att detta skulle leda i bevis.

Har läkaren förlorat?

Så som den nya studien beskrivs i intervjun får man dessutom intrycket att framför allt teammedlemmen »läkaren« har blivit synnerligen illa åtgången i den