

Patientdatalagen – ett hot mot ST-läkares kompetensutveckling?

I diskussionen om patientdatalagen vill vi lyfta fram utbildningsaspekten. ST-läkare måste utan rädsla och osäkerhet kunna följa sina patienters hela vårdförlopp. Om lagen tolkas olyckligt kan det försämra kvaliteten på blivande specialister och därmed på sikt även vården.

Patientdatalagen [1] och sekretesslagen [2] har stiftats för att skydda patienten och öka dennes integritet. Detta är ytterst viktigt. Vi vill inledningsvis poängtera att även vi anser att alla överträdelser mot tystnadsplikten, liksom otillbörlig åtkomst av journaluppgifter, är allvarliga företeelser som aldrig ska accepteras.

Vi vill belysa patientjournalens mångskiftande betydelse även som läromedel i blivande specialisters utbildning.

Patientjournalen är ett nödvändigt – och inom vården det enda befintliga – dokumentationsredskapet för kliniskt arbetande läkare. Med hjälp av journaluppgifter kan vi följa ett vårdförlopp

MARJA JURVANEN

övergripande ST-studierektor,
Centralsjukhuset, Kristianstad
Marja.Jurvanen@skane.se

ANDERS CARLSTEDT

samordnande studierektor, Karlstad

OLE NAESE HENDRIKSEN

övergripande ST-studierektor,
Helsingborgs lasarett

BARBARA ELMSTÅHL

studierektor, Röntgen Öst, Region Skåne

PELLE FORSGREN

övergripande studierektor,
Landstinget Gävleborg

THOMAS LAVERGREN

övergripande studierektor, Kalmar landsting

ÖRJAN SKOGAR

övergripande studierektor,
Länssjukhuset Ryhov

BENGT SÅFSTEN

ST-studierektor, Ersta sjukhus Stockholm

GUNNAR RAMSTEDT

chefläkare, övergripande AT- och ST-studierektor, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Gotland

EVA HESSE-SUNDIN

övergripande studierektor AT/ST,
Mälarsjukhuset, Eskilstuna

SVEN-ANDERS SÖLVEBORN

övergripande studierektor AT/ST, Ystad

ULRIKA WINNINGE

samordnande studierektor allmänmedicin,
Dalarna

och inhämta och spara information som är nödvändig för vården av patienten. God och noggrann dokumentation är en förutsättning för patientsäker vård. Lika fundamentalt är att vi som deltar i vården av patienten kan ta del av all tillgänglig information. Vårdförlopp består ofta av frekventa, korta inläggningar, och däremellan mottagningsbesök hos olika specialister, vilket ytterligare skärper kraven på effektiv dokumentation och informationsöverföring.

Läkare som genomgår specialistutbildning (ST-läkare) måste kunna följa sina patienters hela vårdförlopp, även om man deltar aktivt endast i beslut rörande delar av förloppet. Variationerna i sjukdomsförloppen är stora, och förutbestämda tidsramar oftast omöjliga att definiera. Kliniska erfarenheter förvärvade genom patientarbete varvat med relevanta teoretiska studier är avgörande för den blivande specialistens framtida skicklighet. Att göra uppföljning av ett vårdförlopp olagligt eller juridiskt tvivelaktigt kan få mycket olyckliga konsekvenser för kompetensutvecklingen. Tillfällen att skaffa erfarenheter om hur till synes godartade sjukdomstillstånd visade sig vara allvarliga (t ex huvudvärk/hjärntumör, pneumoni/lungemboli) får aldrig fråntas en blivande medicinsk specialist i svensk sjukvård.

Otrygghetskänslan i att inte säkert veta om man kan kontrollera uppgifter i patientjournalen kan skapa behov av egna parallella anteckningar vid sidan av journalen, vilket i sig är en patientsäkerhetsrisk. Genom att skapa rädsla och osäkerhet i att följa patienterna finns risken att det drivs fram en läkargeneration som undviker att ta ansvar och engagera sig i patientens helhetsituation. Detta kan drabba de svårast sjuka och mest sårbara patienterna och leda till försämrad patientsäkerhet.

Som studierektorer vill vi också sär-



Foto: Colourbox

Patientdatalagen bör inte sätta stopp för ST-läkarnas möjlighet att följa sina patienters hela vårdförlopp, anser författarna.

skilt fästa uppmärksamhet på att det i läkarnas specialisttjänstgöring, förutom kliniskt arbete, också ingår utveckling av kompetens inom medicinsk vetenskap och utvecklingsarbete [3]. Retrospektiva och longitudinella vetenskapliga studier har sedan länge ingått i medicinskt arbete, ett arbetssätt som innebär att enskilda patientförlopp följs under lång tid. Genom dessa studier förvärvas ST-läkaren »förmåga till ett vetenskapligt syn- och förhållnings-sätt«, mål som formulerats i författningen. Dessa studier kan ofta bygga på patientjournaler eller register. Risken är överhängande att en snävare tolkning av patientdatalagen kraftigt motverkar dessa delmål.

Syftet med patientdatalagen är enligt 1 kap 2 § att »Informationshanteringen inom hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet«. Vidare stadgas i 3 kap 2 § skyldigheten att föra patientjournal: »Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. En patientjournal är även en informationskälla för patienten, uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag samt forskning.« I 4 kap 1 § anges om inre sekretess: »Den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en pa-

tient endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården.«

Formuleringen i 4 kap 1 § har väckt frågor om bland annat gemensamma storronder, läsning av patientjournaler inför jourtjänstgöring och i utbildningssyfte samt kliniska fallbeskrivningar. Svaren på dessa frågor måste klargöras. Det är orimligt att man som tjänstgörande läkare ska vara rädd för att bryta mot lagen då man vill ta del av nödvändig information eller när man ägnar sig åt kvalitetsarbete för att förbättra vården.

Det är också orimligt att rätten att följa upp ett vårdförlopp, ägna sig åt patientfokuserat kvalitetsarbete, forskning etc kan skilja sig åt mellan olika verksamhetsområden beroende på vårdgivarens/verksamhetschefens beslut. Det bör finnas en enhetlig praxis med möjlighet till undantag i vissa fall.

För att skapa stabilitet och trygghet i tillämpningen av patientdatalagen måste frågorna besvaras om hur ett vårdförlopp/en vårdprocess definieras, liksom hur förfarandena att följa upp en vårdprocess i utbildnings- och lärdomssyfte kan säkras. Dessutom måste definitionen av begreppet vårdgivare förtydligas.

Patientdatalagen kan, om den tolkas på ett olyckligt sätt, försämra kvaliteten på blivande specialister och i förlängningen även försämra vården och patientsäkerheten.

Journalen är läkarkårens arbetsverktyg och beskriver patientens sjukhistoria. Den är också ett för läkarkåren viktigt sätt att lära sig av egen erfarenhet. Vårt yrke innebär ett livslångt lärande som tillhör vårt åtagande och vår nödvändiga yrkesutveckling.

Det finns ingen motsättning mellan patientdatalagen och offentlighets- och sekretesslagen. Journalen bör vara öppen för patienten och för dem som vårdar henne eller honom. Det gagnar hela vårdprocessen och ökar patientsäkerheten. Mer komplicerat än så behöver det inte vara.

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Patientdatalag (2008:355).
2. Offentlighets- och sekretesslag (2009:400).
3. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:17) om läkarnas specialiserings-tjänstgöring.
4. Bark C. Rätt eller fel? Så undviker du att hamna i knipa. Sjukhusläkaren. 2009 (6). <http://www.sjukhuslakaren.se/2009/12/13/ratt-eller-fel-sa-undviker-du-att-hamna-i-knipa/>

APROPÅ! Riskkapitalister och etik

Konflikt mellan medicinska krav och ekonomi även i offentlig vård

Sverige har det under senare tid förts en debatt om vårdföretag som drivs av sk riskkapitalister och vad detta innebär för vårdkvaliteten. I en artikel i Pain Medicine diskuterar Allen Lebovits de etiska konflikter man ställs inför som smärtläkare i en verksamhet som blir alltmer ekonomiskt styrd, oberoende av om man arbetar som ensam privatpraktiker eller på stora universitetskliniker [1]. Introduktionen till ämnet som ges av Michael Schatman visar att läkarkåren i USA varit aktiv i denna diskussion [2].

Schatman påpekar att förtroendet mellan patient och läkare är essentiellt för all typ av medicinsk verksamhet om vården ska bli framgångsrik, men kanske i än högre grad inom smärtvården genom patienternas svåra lidande kombinerat med den framträdande roll som industrin har. Han hävdar att det därför krävs en grad av professionalism inom smärtvården som kan betecknas som extraordinär jämfört med övrig vård. Han citerar även Giardino, som säger att: »Beslutet att börja jobba med smärta och kalla sig själv smärtläkare är frivilligt – men de etiska krav som följer av detta är obligata« (min översättning).

Lebovits tar sin utgångspunkt i de fyra etiska principerna – att göra gott, att inte skada, rättvisa och självbestämmande – för att sedan gå vidare och diskutera olika situationer med speciella etiska svårigheter. Han nämner bland annat att

Schablonbilden att det endast är privatvård som innebär etiska konflikter faller sönder vid en enkel och systematisk genomgång.



Foto: Colourbox

avsaknaden av långtidsuppföljning kan innebära att man missar sena biefekter av kortvarigt lindrande behandling. Likaså nämner han hur snedkrytning av smärtspecialister och geografisk lokalisering av kliniker missgynnar etniska minoriteter och glesbygdsbefolkning. Att smärtpatienterna känner sig mistrodda av sina behandlande läkare nämns även det som ett etiskt problem.

Konflikten mellan medicinska och ekonomiska krav blir tydlig på såväl små ensampraktiker som större kliniker och universitetskliniker, men typen av konflikt varierar. Förutom den uppenbara konflikten att ersättning kanske enbart utgår för behandlingar, och den risk för överbehandling som uppstår av detta, diskuteras även hur organisatoriska förhållanden och övergripande krav på undervisning kan göra att man som smärtläkare kompromissar mellan det som bör genomföras medicinskt och det som utförs utifrån övergripande krav i verksamheten.

Problemet med remisser där vård »beställs« belyses likaså utifrån svårigheten att stå fast vid medicinskt motiverad

vård trots att det kan innebära minskade inkomster om remitterande läkare anser något annat.

Artikeln är välskriven och tillsammans med introduktionen av Schatman belyses många etiska aspekter som saknats i den svenska diskussionen och som blir extra tydliga just när det gäller smärta.

Schablonbilden att privatvård innebär etiska konflikter medan offentlig vård saknar konflikt mellan medicinska beslut och ekonomiska krav faller sönder genom denna enkla och systematiska genomgång.

Att läsa artiklarna som helhet rekommenderas starkt till alla som möter patienter med smärta – dvs all vårdpersonal!

Johan Hambræus
specialist i allmänmedicin,
anestesi och smärtlindring,
Smärtkliniken AB, Umeå
johan@smartkliniken.eu

REFERENSER

1. Lebovits A. Maintaining professionalism in today's business environment: Ethical challenges for the pain medicine specialist. Pain Med. 2012;13:1152-61.
2. Schatman ME. Physician complicity in the transformation of pain medicine from a »profession« to a »business«: strategies for reversing a growing trend. Pain Med. 2012;13:1149-51.