

Personliga utfall berikar inte debatten

Läkartidningen har ökat utrymmet för olika debattartiklar. Detta är ofta en betydelsefull och stimulerande läsning. På senare tid tycker jag mig ha märkt en stigande frekvens av artiklar, där personangrepp och invektiva attacker mot olika myndigheter är huvudtemat. I och för sig är det kanske roande att läsa hur folk pucklar på varandra, men på vilket sätt berikar detta debatten?

Typiska exempel för denna debattstil är Bengt Järhults flitiga inlägg. I senaste numret går han till attack mot Claes Örtendahl, Jörgen Andersson samt Socialstyrelsen i allmänhet [1]. Artikelnen innehåller ca 25 meningar. I 12 finns någon form av personangrepp/myndighetsangrepp: »maktens arrogans», »löjeväckande», »slår sig för bröstet», »generaldirektörs stövelklack» och »megalomana sjukvårdsorganisationer».

Det är möjligt att inlägget innehåller något viktigt budskap. I så fall har det gått förlorat i den verbala aggressionen.

Som kontrast mot denna artikel står nästa sida i tidningen som innehåller ett

inlägg av Snaebjörn Arnljots [2]. Denna kollega går också till angrepp, framför allt mot Kjell Asplund och andra akademiker samt, i viss mån, mot Läkarförbundets ledning. Även denna artikel är skarp och mycket kritisk, men helt utan personliga utfall. Här kan läsaren koncentrera sig på budskapet, ej bli distraherad av invektiv och därmed få en betydelsefull behållning av inlägget.

Det är självklart att det skall vara högt i tak och att vi skall kunna vara skarpa och kritiska i vårt fackorgan. Jag tror dock att tidningen kvalitetsmässigt skulle må bra av att refusera eller redigera de mest vulgära inläggen.

Peter Arner

bitr professor, överläkare,
Huddinge sjukhus

Referenser

1. Järhult B. Socialstyrelsens saligprisningar. Läkartidningen 1998; 95: 608.
2. Arnljots S. Skygglappsprofessor på murkna monopolskansar! Läkartidningen 1998; 95: 610.

Kommentar: Självfallet har Läkartidningens redaktion som mål att upprätthålla en hög debattnivå på debatt- och korrespondenssidorna. Peter Arner kan vara förvissad om att det sker såväl refuseringar som rätt gripande redigering av insända bidrag – något som inte alltid faller i god jord hos berörda författare.

Likväl vore det nog till men för en levande och till läsning lockande debatt om alla personliga och mer känsloladdade formuleringar eliminerades i det redaktionella »renhållningsarbetet». En god debattnivå är knappast detsamma som en utslätad sådan.

Visst kan gränsdragningen stundom vara svår, men målet är att sakargumenten skall dominera och att polemiken inte får förfalla till plumphet. De av Arner nämnda inläggen har av redaktionen båda bedömts balansera på rätt sida om denna gräns – om än nått och jämnt ...

Red

Receptregler stör känslig relation

Under en rad år har arbetsförhållandena inom svensk sjukvård blivit allt svårare. Besparingar har satt press på hela sjukvårdssektorn med försämringar, speciellt i omhändertagandet av och omsorgerna om patienten.

Strukturrationaliseringar sker av nödvändighet, men för snabbt. Stor förändring till omställningar i arbetet krävs såväl av unga läkare som av äldre, erfarenare och ibland mer förändringsbenägna sjukvårdsutövare.

Dessa krav på allt snabbare omställningar är ett samhällskrav som vi inte kan undgå, men som samtidigt måste ifrågasättas. Inom sjukvårdssektorn är utredning, diagnos och behandling/omhändertagande av patienten/människan det primära och därför fordras en rimlig, långsiktig stabilitet i verksamheten.

Stabil men känslig relation

För den enskilde läkaren sker förändringarna mot bakgrund av den i allt väsentligt oförändrade patient-läkarrelationen. Denna är basen i vår verksamhet och utgör den viktigaste hörnstenen

i hälso- och sjukvårdsarbetet. Det är en stabil men känslig relation som inte klarar ett ändlöst antal förändringar.

Utöver de stora förändringar vi genomgår har det under den gångna vintern blivit klart att alla läkare skall få sina receptföreskrivningar övervakade, genom att en sifferkod som motsvarar läkarens person anges på recepten vid sidan av sjukvårdsinrättningen med sin kod, patientens personnummer och läkemedlet. Allt detta kan sedan samköras i olika konstellationer. Detta är bekymmersamt och tveksamt samtidigt som det måste omnämnas att allmänläkarna har fört en väsentlig kamp för att inte också patienterna skall få sina diagnoser registrerade.

Dessa registreringar, tillsammans med ovan angivna stress som minskade resurser och snabbare omorganisationer innebär, bidrar till en ökad administrativ och arbetsmässig press på läkarna. De utgör också ett integritetsintrång såväl i patientens värld som i läkarens vardag. Resultatet av läkarnas arbete med patienten, omsatt i ett recept, blir

omedelbart känt för såväl Socialstyrelsen som landstingen. Det enskilda samtalet i vården känns inte skyddat.

Myndigheterna har angivit epidemiologiska och ekonomiska skäl till registreringarna utan att belysa svårigheterna vid det praktiska sjukvårdsutövandet och utan att ange vad de positiva resultaten för vården blir. I Stockholm skall till yttermera visso registreringarna ske med streckkoder.

Att arbeta under den planerade övervakningen inger stor olust, vilket inte befrämjar arbetet med patienter eller med människor över huvud taget. Man måste därför inför förändringarna ställa sig några frågor:

På vilket sett leder personligt utformade koder till ökad läkemedelskunskap? Duger inte övervakning på kliniknivå?

Vilken annan kvalificerad yrkesgrupp får sina namn översatta till siffer- och streckkoder i sin dagliga yrkesutövning?

Tryggve Årman

barn- och skolläkare, Skogås