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 patenten 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

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. Läkarens 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 enskilde läkarens 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 infinner 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

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 ledas 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

nya organisationen. Den enda som tycks ha gått stärkt ur den nya modellen är sjuksköterskan, för hon har både satt sig på läkaren och skuffat undersköterskan ut ur hennes kollektiv så att hon, »flickan«, står helt ensam. Vid patienten tycks inte Lindgren fästa något avseende. Såvitt jag förstår fanns ingen patient med bland intervjupersonerna, trots att patienten egentligen är det bästa vittnet att höra när det gäller teamorganisationens effekter.

Nationella riktlinjerna för strokeenheter

Mina arbetskamrater bland läkarna är lika förvånade som jag över Lindgrens beskrivning av teamorganisationens effekter. Om man exempelvis utgår från vården vid strokeenheter kan vi direkt ur de nationella riktlinjerna utläsa att verksamheten karakteriseras av följande nyckelprinciper:

» … specialutbildad personal som arbetar i team bestående av läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut samt vid behov kurator, logoped, psykiater, psykolog och dietist.«

Vidare fastslås att: »En positiv effekt av behandlingen vid strokeenheter är klart dokumenterad. Metaanalyser visar en relativ riskreduktion för dödlighet på 18 procent, för »poor outcome« (död/ADL-beroende) på 25 procent, och för död eller institutionsboende på 30 procent vid uppföljning två till tre månader efter sjukdomsdebut.«

Detta bekräftas av ett flertal vetenskapliga studier [1-3], som tydligt visar att det multiprofessionella arbetssättet på strokeenheterna är klart evidensbaserat. Dessa goda resultat skulle knappast kunna uppvisas om både läkare och undersköterskor kände sig missgynnade av arbetssättet som sådant.

Sjuksköterskeyrkets professionalisering

När det gäller sjuksköterskans profession skrev Lindgren 1992 följande: »Visserligen pågår starka tendenser till professionalisering och försök till utbrytning av ett eget omvårdnadsterritorium i sjuksköterskefacket. Men detta slår bara igenom i verksamheten där den medicinska expertisen tillåter det.«

Här har nog Gerd Lindgren missa något. Sjuksköterskan och läkaren har idag var och en sin professionella bas att stå på, inte för att den medicinska expertisen har tillåtit det, utan för att också sjuksköterskeprofessionen idag har en egen vetenskaplig förankring. Läkare och sjuksköterska står i ett ömsesidigt beroendeförhållande, där sjuksköterskans observationer och åtgärder ligger till grund för läkarens bedömning och ordinationer, vilka i sin tur leder till ytterligare åtgärder från sjuksköterskans sida.

Givetvis gör läkaren också sina egna bedömningar av patienten, men det är som vi vet sjuksköterskan som observerar och kommunicerar med patienten under den största delen av dygnet. Det handlar i den dagliga vårdplaneringen om en dialog mellan läkaren och sjuksköterskan, men givetvis även om kommunikation med patienten och om teamträffen, där allas kunskap tillvaratas för patientens bästa.

Vad är det som gör att läkarna inte kan kooptera (för att använda Lindgrens egen benämning på läkarnas inbördes beteende) och socialisera sig med sina yrkeskolleger på morgonmötet, lunchen eller andra kollegiala träffar? Samma fråga gäller för övrigt också undersköterskorna. Även om de samarbetar med läkaren och sjuksköterskan i teamträffen har de givetvis fortfarande samarbete med andra undersköterskor runt patienten. Naturligtvis kan de på raster och andra gemensamma träffpunkter ägna sig åt den kollektivism som författaren tidigare visat vara så viktig för dem.

FOTO: IBL

Professionellt samarbete för patientens bästa.

Inte orsak till problemen

Nog vet vi att sjukvården drabbats av organisationsförändringar som både medfört hårdare belastning på vårdarbetare av alla kategorier – särskilt kvinnor på de lägre hierarkiska nivåerna – och även varit till men för patienterna. Det är dock enligt min mening inte det förbättrade samarbetet mellan olika yrkeskategorier inom sjukvården som orsakar problemen. Tvärtom har denna organisationsform lett till att patienterna upplevt ett allsidigt omhändertagande, och att de blivit sedda och hörda på ett bättre sätt.

Själv ingår jag i ett multiprofessionellt forskningsteam bestående av läkare, sjuksköterska och sjukgymnast. I detta team har vi kunnat konstatera att våra olika kompetensområden i samarbetet genomgår en symbios, varigenom vi tillsammans åstadkommer bättre resultat än om vi arbetat var och en för sig.

Det vore onekligen intressant att få ta del av Gerd Lindgrens intervjuer och se hur hon har kommit fram till sina tolkningar. Det jag saknar mest i hennes redovisningar är en metodbeskrivning. Jag kan faktiskt inte värja mig för misstanken – hur grav den än är – att hon tvärtemot all vetenskaplighet haft en övertygelse och att hon sedan med siktet inställt därefter sökt bevis för den.

Sjuksköterskan och läkaren har idag var och en sin professionella bas att stå på, inte för att den medicinska expertisen har tillåtit det, utan för att också sjuksköterskeprofessionen idag har en egen vetenskaplig förankring.

Referenser

1. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software, 2001.
2. Stegmayr B, Asplund K, Hulter-Åsberg K, Norrving B, Peltonen M, Terént A, et al. Stroke units in their natural habitat. Stroke 1999;30:709-14.
3. Langhorne P, Dennis M. Stroke units: An evidence based approach. London: BMJ Books;1998.