

Tystnadsplikten urholkad

Jag vågar tro att sjukvården i allmänhet inte karaktäriseras av lösmynthet utan att flertalet anställda respekterar de sjukas personliga integritet. Alla kan dock inte förväntas ha samma etiska medvetenhet. Den aktuella lagstiftningen innebär att det är, om inte fritt fram, så dock riskfritt att bryta mot tystnadsplikten så länge man inte är engagerad i vården av den enskilda patienten. Är det så det var tänkt?

JAN-OTTO OTTOSSON
professor, Göteborg
jan.otto.otto@gothnet.nu

II *Arbetslivsminister Hans Karlsson har, på grund av en dess bättre inte livshotande sjukdom, behövt en tids vård på sjukhus. Eftersom han är en, särskilt i dessa dagar, känd person väckte hans sjukdom uppmärksamhet bland vårdpersonalen och nyheten om hans sjukdom spreds snabbt. Datajournalen omöjliggjorde detaljstudier, men enbart det faktum att statsrådet låg på sjukhus för en viss sjukdom var tillräckligt för ryktesspridning. Till en början skedde den inom avdelningen, sedan mellan sjukhusets olika avdelningar och till sist till vänner och bekanta – allt i förtroliga samtal. Helt naturligt kände Hans Karlsson att hans personliga integritet inte respekterades. Med den tidigare affären med företrädaren Leif Blomberg i gott minne gjorde han en anmälan till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Han riktade anmälan mot en speciell person som bevisligen spridit uppgiften om hans sjukdom utanför kretsen av sjukvårdspersonal. Personen hade inte haft med hans egen vård att göra men ändå fått insyn i fallet. Hans Karlsson menade att en erinran om betydelsen att respektera tystnadsplikten i vården kunde vara på sin plats. HSAN tog dock inte upp anmälan till prövning. Regelverket hade ändrats sedan »Blommans« tid.*

Ett fiktivt men belysande exempel

Historien är uppbyggd, och så vitt bekant är Hans Karlsson vid god hälsa. Ändå är den representativ för hur brott mot tystnadsplikten hanteras i dagens sjukvård. Sekretess gäller för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men (Sekretesslagen 7 kap 1 § 1980:100). HSAN hänvisar dock till 5 kap 2 och 3 §§ lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, som säger att Ansvars-

nämnden endast prövar frågor om disciplinpåföljd vid sådan yrkesutövning som har direkt betydelse för patientsäkerheten samt vid klinisk forskning på människor.

Propositionen

HSAN återoppar också propositionen (1993/94:149) till lagen om disciplinpåföljd som numera ingår i lagen om yrkesverksamhet. Regeringen visar här medvetenhet om att utlämnande av sekretessbelagda uppgifter kan vara mycket kränkande för den enskilde, men anser att det i princip saknar betydelse för den medicinska vården och att patientsäkerheten inte äventyras. För en adekvat vård krävs dock att den enskilde vågar lämna all information som kan ha betydelse för den medicinska bedömningen. Därför bör brott mot tystnadsplikt kunna prövas om det begåtts av personer som har anknytning till vården av patienter. Brott mot tystnadsplikten av vårdanställda som inte är engagerade i vården föranleder således inte prövning.

Riskfritt bryta mot tystnadsplikten

Jag vågar tro att sjukvården i allmänhet inte karaktäriseras av lösmynthet utan att flertalet anställda respekterar de sjukas personliga integritet. Alla kan dock inte förväntas ha samma etiska medvetenhet. Det kan vara frestande att för vänner och bekanta berätta vad man mer eller mindre ofrivilligt »råkat få veta« eller »i förtroende fått höra« om kända personers sjukdomar och vård. Det sker mer av tanklöshet än av illvilja.

Den aktuella lagstiftningen innebär att det är, om inte fritt fram, så dock riskfritt att bryta mot tystnadsplikten så länge man inte är engagerad i vården av den enskilda patienten.

Är det så det var tänkt?•

Vårt ansvar för sjuk-skrivningsepidemin

II Äntligen börjar röster höras från oss på gräsrotsnivå, dvs läkarkåren som dagligen får hantera sjukskrivningsproblematiken. Se t ex distriktsläkare Karin Nykvists utmärkta reflekterande inlägg i Läkartidningen 14/2003 (sidan 1256).

För att undvika missförstånd vill jag direkt medge att väldigt många medborgare inte mår riktigt bra och att våra patienter som individer försöker hantera sin egen personliga situation på bästa sätt efter givna förutsättningar. Riktiga fuskare är väldigt få.

Ska vi sjukskriva?

Jag ifrågasätter om vi läkare överhuvudtaget ska få sjukskriva patienter. Hur ska vi kunna avgöra en persons arbetsförmåga på ett vetenskapligt och någorlunda objektivt sätt? I praktiken är det endast hur mycket synd vi tycker om patienten som avgör detta, vilket är djupt orättvist.

En läkare kan helt ansvarslost sjukskriva en patient hur länge som helst, en vecka eller ett år, bara man följer vissa formaliteter. Det är endast det egna samvetet som avgör eller hur beredd man är att möta en potentiell konflikt med patienten och eventuella allvarliga hot.

Vi bidrar också till att odla myten om att arbete är skadligt för hälsan – har man ett papper från läkaren legitimeras situationen. Vad är objektiv arbetsförmåga? Personer med total frånvaro av medicinsk arbetsförmåga är lättidentifierade. Hur många handikappade/funktionshindrade kämpar inte för att få komma in i arbetsgemenskapen mot många odds?

I stället för att ta tag i en svår och otillfredsställande livssituation går man till doktorn för att bli sjukskriven, och på så sätt rullar man bara problemen framför sig. Till och med myndigheter/arbetsgivare uppmanar alltför ofta medborgarna att gå till doktorn om man kör fast i ett problem. Vi kan givetvis alltid hitta någon medicinsk diagnos. Vem har inte ont i magen, oro eller värk i kroppen, sömnproblem etc när något blir jobbigt?

Sjukskrivning fyller ut gapet

Vi alla bidrar hela tiden till att medikalisera livet. Jag har en bestämd känsla av att andelen medborgare som frivilligt går ner i arbetstid när de inte mår bra har minskat kraftigt. I stället går man till doktorn för en sjukskrivning för att fylla ut gapet i inkomstbortfall; någon medicinsk diagnos kan man alltid få fram. Likaså säger man sällan upp sig från ett fast arbete som man vantrivs med, för då går man miste om ersättning från A-kas-

san en tid, hellre går man och blir sjuk-
skriven för exempelvis ont i magen.

Alla passar inte för 40-timmarsarbeten

Givetvis har inte heller jag någon lösning på detta. Ett genomgående drag hos alla långtidssjukskrivna är att de har tappat arbetsmotivationen. Det lönar sig inte tillräckligt att kämpa på, det går att leva ändå fast på en kanske något lägre ekonomisk nivå. På något sätt måste motivationen att gå till arbetet ökas, likaså krävs en större tolerans från omgivning och arbetsgivare att alla inte kan vara högpresterande. Vi måste acceptera större variation i arbetsmönstret, alla passar inte för 40 timmars veckoarbeten. Detta är dock inte en uppgift för läkarkåren.

Möjligen delar jag med många kolleger en stor daglig frustration i att behöva bedöma arbetsförmåga och ser fram mot en utlovad ökad utbildning av läkarkåren i försäkringsmedicin och ekonomiska bidragssystem och deras samverkan sinsemellan. Jag efterlyser också en ökad kollegial debatt om vår roll och vårt ansvar eller frånvaro av ansvar i sjukskrivningsepidemin.

Jaen O Novek

privat husläkare,

Minikliniken i Nybro AB

miniklin@mars11.net

Att bli kvinnlig professor

■ Kommentar till artikeln »Långt kvar till målen ...« (Läkartidningen 13/2003, sidan 1111). Eftersom jag, som enda barnet till Nanna Svartz, förunnats en djup insyn i hur det var att bli kvinnlig professor vid Karolinska institutet 1937, och att vara det till 1957, har jag följande synpunkter på dåtidens förutsättningar och krav (varav en del nog kan vara giltiga även år 2003):

- Att vara utomordentligt begåvad och lämplig för arbetsuppgifterna. Eftersom kvotering kan orsaka tvivel i dessa stycken bör sådan så långt det går undvikas.

- Ha genomgått så svåra prövningar under sin uppväxt att man är väl förberedd på stormarna på höjderna.

- Ha förmåga att vinna sina chefers förtroende för sin kapacitet och göra dem villiga att vandra med en bit på väg. I Nanna Svartz fall gjorde kanske Israel Holmgrens erfarenheter av hans egen mor, kvinnoakspionjären Ann-Margret Holmgren, att det föreföll honom tänkbart att föreslå en kvinna. Ytterligare stöd på vägen gav professorerna Gösta Forssell och Einar Key, som i gengäld

fick en sekreterare för Karolinska sjukhusets byggnadskommitté med stor arbetskapacitet, ett enormt gott minne för detaljer och personligt intresse för byggen och inredning. Det är nog inte en tillfällighet att det sommarhus hon skapade 1942–1943 är satt »på Karolinska sjukhusets sockel«, dvs den och yttertrapporna är av samma sorts skiffer som KS huvudbyggnad har/hade.

- Att finna på att säga till journalist-svärmen år 1937: »Inga om och kring för att jag är kvinna!« och mena det också.

- Dessutom – något som 2000-talet visar sig alldeles hjälplöst inför, tyvärr – ha ett hemliv som mest liknar det på en svensk storbondgård. Eftersom mina föräldrars privatmottagningar var i en våning bredvid bostaden fanns det jämt mycket folk där. Jag vet av dessa själva att de mest begåvade flickorna från fattiga hem på landet medvetet sökte sig till akademikerfamiljer i hopp om och avsikt att få tillgång till böcker och kompetent arbetshandledning.

De som tog bort lärlingskapet från samhällslivet har gjort detta samhällsliv större skada än de någonsin haft förmåga att inse, och då är det inte fråga om kostnadsfritt utnyttjad arbetskraft utan en inskolning med en eventuellt därav betingad lägre lönenivå.

En av flickorna visade sig ha sådana personliga kvalifikationer att hon skötte administrationen av både Nanna Svartz och Nils Malmbergs privatmottagningar på ett så organisatoriskt framstående sätt att det hösten när hon slutat för att gifta sig blev ett stort kaos för hela familjen. Hon efterföljdes av utbildade sjuksköterskor som med sin kompetens kunde ta på sig helt nya arbetsuppgifter och dessutom gjorde verksamheten ännu mer väladministrerad genom hängivet arbete.

Betydelsen av många händers insats

Jag tror inte det kan överskattas vilken betydelse det har att det finns flera personer – och inte en enda + en dator – i en verksamhet där mycket händer snabbt och oväntat och måste bli föremål för akut åtgärd. Då hjälper inte aldrig så välorganiserade vård- och omsorgsorganisationer, larmföretag osv.

Då behövs akuta insatser av hjälpande händer och fötter styrda av den än så länge bäst anpassade centralenheten, dvs människans hjärna. Om det finns folk på plats kan följderna av mindre katastrofer, glömskor, underlåtenhets-synder m m ofta göras mindre omfattande och därmed bidra till hög arbetskapacitet med lägre grad av förslitning.

Gunvor Svartz-Malmberg

leg läkare, Stockholm
gusva@algonet.se

Även de svårast psykiskt sjuka ska ha rätt till vård och behandling

■ Jan-Otto Ottosson återoppar (Läkartidningen 4/2003, sidorna 208-9) principen om patientens självbestämmanderätt för att hävda att tvånget ska avskrivast när personen inte blivit bra av sin medicinerings.

Många klarar ett vardagsliv

Det stora flertalet av de närmare 7 000 människor med psykosjukdomar som jag sett under årens lopp som psykiater i utlandet (Australien) har inte blivit bota-de men har fungerat betydligt bättre i sitt vardagsliv med medicinerings än utan. Många har med fortsatt tvångsvård kunnat arbeta del- eller heltid och varit föräldrar med vårdnaden om sina barn. För flertalet tillkommer inte insikt i sin sjukdom inom loppet av 2–6 månader. Ofta handlar det om 3–5 år av behandling med psykoedukativa, medicinska och psykosociala insatser, och för minst 10–20 procent uteblir insikten helt och hållet. Det kan förklaras på minst två sätt – delvis som försvar mot förlusten av den dröm personen hade om sitt liv, och delvis av de neuropatologiska förändringar som sker i hjärnan i samband med sjukdomarna. Att acceptera vad personen säger i denna situation kan liknas vid en okritisk acceptans av innehållet i patientens psykotiska värld.

Vad betyder ja eller nej till behandling?

En person som säger ja eller nej till behandling kan ge sken av ett självbestämmande. Men vad betyder svaret egentligen? I engelskspråkiga kulturer har ju den juridiska och etiska diskussion under 1990-talet betonat vikten av informerat samtycke vad gäller behandling och forskning. Här krävs att personen kan begrunda sin situation.

Personen behöver information för att kunna lära sig om sitt tillstånd samt information angående effekter av behandling och av utebliven behandling. Man behöver kunna värdera risker och vara i ett relativt stabilt stämningsläge. För detta krävs fungerande s k exekutiva funktioner, vilka ofta är kroniskt försämrade vid t ex schizofrenitillstånd. Även om hallucinationerna försvinner upphör inte dessa brister.

I engelskspråkiga länder är det frågan om personens förmåga till informerat samtycke som avgör om kriterier för tvångsvård uppfylls. Kan personen göra ett grundat ställningstagande och avböjer vård måste detta respekteras, men den som på grund av sin sjukdom saknar

denna förmåga bör få rätt till den vård som finns tillgänglig. Att inte ge personen den chansen anses som »medical negligence«, dvs att åsamka skada genom att underlåta behandling.

Tvångsvård i öppenvård behövs

Måste vi i Sverige acceptera att personer med psykisk ohälsa ska »förvaras« i boenden utan behandling? Är inte detta ett prima exempel på tidig 1900-tals asylvård som fanns före tillgången till medicinsk behandling? Jag anser att Sverige bör ge alla sina medborgare rätt till en adekvat vård och behandling och inte diskriminera dem vilkas sjukdom omöjliggör ett grundat ställningstagande.

Jag instämmer med Lars Jacobssons åsikt (Läkartidningen 4/2003, sidorna 236-40) att det finns ett skriande behov i Sverige av långsiktig vård med stöd av Lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT) i öppenvården för de svårast sjuka. Att Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH) har opponerat sig mot detta kan jag förstå mot bakgrund av den verklighet som fortfarande råder i vissa öppenvårdskliniker där man ser personen med psykosjukdom som svag, oförmögen att lösa sina egna problem och generellt något patetiskt utan något speciellt att lära oss andra.

Tvångsvård utan respekt för individen blir kränkande. Tvångsvård i samband med respekt kan bli något annat.

Självrespekt

Vägen till självrespekt går ju genom att klara sin vardag och att få ge till andra det man är kapabel att ge. Psykisk ohälsa betyder inte psykisk svaghet – om samhället kräver motprestation är det också ett tecken på att dessa personer har något att ge. Finns det något bättre sätt att respektera en människa än att hjälpa henne att bli självbestämmande i så många delar av sitt liv som möjligt?

Anette Johansson

överläkare, Psykiatri Centrum
Karolinska, Jakobsbergs sjukhus
agmj@swipnet.se