

Några frågor om vårdgarantin

På ett inlägg i Läkartidningen 51-52/96 från Bengt Hjelmqvist angående vårdgarantin svarar Nina Rehnqvist, Socialstyrelsen, bl a: »Om det finns indikation för en åtgärd finns det ingen anledning att vänta annat än av administrativa skäl. I princip är då mer än 1 månad för långt. --- Överstiger väntetiderna vad som är rimligt har man felaktiga kallelse- och väntelisterutiner.»

Några frågor:

Vad är »administrativa skäl»? Är det förseningar beroende på pappershantering, postgång etc?

Varför är »1 månad» gräns?

Som jag uppfattat (som radiolog med ansvar för MRT-väntelista) ger relationen mellan antalet inkomna remisser och tillgänglig undersökningskapacitet upphov till en väntelista där oprioriterade fall får vänta långt över en månad - för att bereda snabb tid för de mest angelägna patienterna. Detta är väl självklart?

Jag vill inte anse att detta innebär att vi har »felaktiga kallelse- och väntelisterutiner». Jag ser fram emot ett förtydligande inlägg från Nina Rehnqvist.

Stefan Söderlundh
överläkare,
röntgenavdelningen,
Centrallasaretet,
Växjö

Arvode för försäkringsintyg försenas

Som enda försäkringsbolag har Wasa sedan en tid rekviderat journalkopior i stället för läkarutlåtande på kunder som ansöker om sjuk- eller livförsäkring hos bolaget. Jag har dock fortsatt att skicka utlåtanden baserade på tillgängliga journaler, och i förekommande fall personkännetecken om patienten, av skäl som framgår nedan. Det har då från november 1996 inträffat att begärt arvode ej utbetalats. Jag har därför en tid låtit bli att skicka utlåtanden, som en påtryckning för att få ut begärda arvoden, med resultat att alla utom ett nu har utbetalats.

Jag uppmanar berörda kolleger att följa samma hand-

lingslinje, då jag anser det vara i både patientens och karens intresse. Visserligen är sekretessfrågan särskilt känslig inom gynekologin, men motsvarande hänsyn bör gälla många andra uppgifter i våra journaler.

Vägrar lämna ut journalkopior

Skälen för min vägran att utlämna journalkopior, trots att patienten medgett det, är följande:

- I en gynekologisk journal kan finnas uppgifter om för individen djupt misskrediterande art, t ex veneriska infektioner, aborter, sexuella avvikelser, tidigare/tillfälliga sexuella relationer etc. Inga av dessa uppgifter har någon som helst relevans för en försäkringsmässig riskbedömning (med undantag för eventuell HIV-infektion, som skulle föranleda särskilda överväganden i samråd med patienten).
- Det av patienten undertecknade medgivandet har tillkommit under tvång, då det i realiteten utgör förutsättning för att erhålla den sökta försäkringen. Patienten saknar dessutom normalt kunskap om innehållet i sin journal, och kan därmed inte bedöma konsekvenserna av sitt tillståndsgivande.
- Den medicinska riskbedömningen kan vara vanskelig att göra för en icke-gynekolog, med risk för en överdrivet försiktig bedömning som kan missgynna patienten.
- Jag har förståelse för att Wasa vill pressa sina administrativa kostnader till sina försäkringstagares förmån (varav jag själv är en), men eftersom Wasa är det enda bolag som satt begäran om enbart journalkopior i system skulle ett tillmötesgående otillbörligt gynna Wasa på bekostnad av kundernas integritet, och missgynna bolag med högre etik.
- Utfärdande av försäkringsintyg är den lägst prioriterade arbetsuppgiften, och ryms normalt inte inom ordinarie arbetstid (lika lite som högre prioriterade uppgifter, vilket tvingar mig till 5-10 timmars oavlönad övertid varje vecka). Man

KORRESPONDENS

kan då tycka att det vore angeläget att avlastas detta arbete; vilket dock inte är möjligt, enär jag som ansvarig läkare måste läsa allt sekretessbelagt material som utlämnas och göra en men-bedömning före utlämnandet. Arbetet är därmed redan väsentligen gjort. Att då avstå från tidigare erhållet arvode är knappast motivationshöjande!

- Det är en kostnad förknippad med kopiering av journaler, som ibland är ganska tjocka. För detta debiteras normalt 2 kr per sida, vilket tas ut via postförskott. Denna hantering belastar sekretärerna mer än att skriva ut ett oftast ganska kort diktat. För beställaren uppstår således ändå en kostnad som emellertid då till större delen tillfaller Postverket, i stället för dem som svarat för prestationen.

Jag hoppas att jag klargjort skälen till varför jag även fortsättningsvis kommer att sända läkarutlåtanden och inte medge ett okritiskt utlämnande av sekretessbelagda och eventuellt integritetskränkande journalkopior. För fortsatt gott samarbete kräver jag då en motprestation från den kommersiella beställaren, vilket jag förutsätter att Wasa fortsättningsvis accepterar!

Göran Holmberg
överläkare, kvinnokliniken,
Löwenströmska sjukhuset,
Upplands Väsby

Replik

För att kunna göra en medicinsk riskbedömning använder sig alla försäkringsbolag av de uppgifter försäkringssökanden lämnar i sin ansökan, läkarutlåtanden och kopior av journalhandlingar. Försäkringsbolaget Wasa skiljer sig därvid inte från andra försäkringsbolag. Försäkringssökanden har intresse av att försäkringen träder i kraft så snart som möjligt. Det

Register för andra halvåret 1996 medföljde Läkartidningen 4/97.

är därför viktigt att begärda läkarutlåtanden och journalkopior expedieras med minsta möjliga fördröjning. Wasa lämnar naturligtvis ersättning för läkarutlåtande respektive kopiering.

Inger Jigskog
chef Riskbedömningen,
Wasa Försäkring

Demokrati med lagom dos kärnvapen bästa livförsäkringen

I Läkartidningen 8/97 kommenterade jag Läkare mot kärnvapens, SLMK, tro att det vore bra att avskaffa alla kärnvapen, vilket jag anser vore livsfarligt. Dess ordförande Gunnar Westberg replikerar, men ger inget svar på de frågor jag framfört.

Han fäster stor vikt vid Canberrakommissionens rapport. Den skulle vara trovärdigare om den avgivits av aktiva militärer, inte pensionärer. Samma sak gäller Robert McNamara.

Vi måste acceptera att vi i alla mänskliga sammanhang tvingas använda oss av empiri med induktiva slutsatser. Många konflikter har kylts ned eller begränsats av hot, ibland med kärnvapen, och det tycks fungera. Kärnvapenstater har aldrig varit i krig med varandra.

Till slut, Gunnar Westberg skriver att demokratier inte kan utföra stora kärnvapenattacker. SLMK! Lycka till då med ert arbete för att sprida demokrati! Jag tror att demokrati kombinerat med en lagom dos kärnvapen är vår bästa livförsäkring!

Johan Fischer
överläkare, Värnamo

Avskriv idén om receptregister!

De nya receptbestämmelserna handlar om tre saker: personnumren, diagnoskoderna och läkarens skyldighet att ta reda på patientens inställning till att hans läkemedelsinköp blir registrerat hos Socialstyrelsen.

Att ange hela personnumret finns det rationella skäl för. Det kan accepteras. Att ange dia-

gnoskod inger visserligen betänkligheter men kan till nöds accepteras.

Vad som däremot inte kan accepteras är att frågor skall ställas till patienten om hans inställning till receptregistrering.

Att föra in en sådan utifrån patientens behov helt ovidkommande fråga stör patient-läkarrelationen. Den väcker säkert i många fall undran och frågor från patienten och därmed en diskussion om något helt annat än det patienten söker hjälp för. Det är respektlöst gentemot patienten och inkräktar dessutom på det tidsmässiga utrymmet.

Slutsatsen kan väl bara bli en – avskriv idén om ett receptregister på Socialstyrelsen!

Greger Ahnlund
överläkare, ÖV-psykiatri
Halmstad

Ekonomisk ersättning för kliniska studier blygsam

Läkartidningen 9/97 tar upp läkemedelsindustrins ersättning till kliniskt verkssamma läkare för deras medverkan i kliniska studier. Eftersom jag själv om än i mycket blygsam omfattning deltar i Nordil-studien vill jag göra några kommentarer.

Jag uppfattar ersättning i den aktuella studien som blygsam om man tar i beaktande de kostnader som medföljer. Framför allt under studiens start, i samband med eventuell inkludering av patienter, uppkommer ett antal extrabesök som stjälar tid från övrig verksamhet. Ett antal prov skall också tas i en omfattning som inte är aktuell vid sedvanliga kontroller av dessa typer av patienter.

Den springande punkten i sammanhanget är att det ankommer på ansvarig chefsöverläkare att avgöra hur stor del av arvudet som bör gå till vårdinrättningen som ersättning för den extra tid som nedlagts och för täckande av laboratoriekostnader. Chefsöverläkaren får också avgöra om det är rimligt att aktuell verksamhet sker utanför ordinarie arbetstid, vilket jag tror att det kan vara svårt att genomföra i praktiken.

Den utbildning som Phar-

Max 400 ord i korrespondensspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren. Ange dock alltid titel, adress och telefonnummer där vi kan nå skribenten. Kontakta redaktionen innan manus sänds med e-post.

macia & Upjohn erbjudit i form av endygnssammankomster och som jag har haft nöjet att få bevista vid något tillfälle har varit av medicinskt mycket hög klass och överlägset det mesta jag erbjudits från min arbetsgivare. Att bolaget i dessa sammanhang även bjuder in sköterskor att delta i utbildningen tycker jag är värt att poängtera då denna grupp under lång tid varit svältfödd med utbildning på denna nivå.

Göran Almkvist
leg läkare, Linköping

Statistisk fälla

I Läkartidningen 8/97 redogör Kristina Orth-Gomér och medarbetare för studien Kvinnostress kartläggs. Vad jag undrar över är om författarna observerat att flera av deras standarddeviationer leder till biologiskt orimliga resultat?

Figur 1 innehåller ett flertal exempel på detta. Att ange antalet separationer till $0,6 \pm 0,9$ leder till, om vi håller oss på 95 procents sannolikhetsnivå ($\pm 2 \times SD$), att många av kvinnorna genomgått $-1,2$ skilsmässor ($0,6 - 2 \times 0,9 = -1,2$).

Att som på sidan 636 ange antalet barnbarn per patient till $2,0 \pm 2,7$ leder till att många patienter har $-3,4$ barnbarn ($2 - 2 \times 2,7 = -3,4$).

Har författarna gått i den vanliga fällan att utan vidare anta att deras data är gaussiskt fördelade (normalfördelade), något som ingalunda är a priori givet ens när det gäller biologiskt material? Som påpekas i de flesta seriösa statistikläroböcker är det icke alls regel att

alla observationsmaterial uppvisar normalfördelning. Mängder av material uppvisar fördelningar, som icke har den ringaste likhet med normalfördelningen. Silsmässofrekvensen är med all rimlighet en monotont fallande fördelning och antalet barnbarn per patient en lognormal fördelning.

Faran med att stoppa in sina observationer i ett dataprogram och sedan trycka på knappen är att man erhåller befängda resultat om förutsättningarna för programmets formler inte är uppfyllda. Tur att författarnas signifikansanalyser på grund av Centrala Gränsvärdesatsen inte invaliderats.

Stig Melander
docent
Norrköping

Replik: Inte bara att stoppa in i ett dataprogram

Av vår statistiska metod som beskrivs i detalj i Läkartidningen 8/57 framgår att icke-parametriska metoder (Wilcoxon's test) använts för att signifikantesta skillnader mellan fall och kontroller, dvs hjärtsjuka och friska kvinnor. Anledningen är just medvetandet att många av våra parametrar inte är normalfördelade, vilket också bekräftas med hjälp av Shapiro Wilks test.

Det är förvisso riktigt att många biologiska observationsmaterial ej uppvisar nå-

gon gaussisk normalfördelning. Däremot är insändarens metod att beräkna medelvärdes 95 procents konfidensintervall fel.

»Seriösa statistikböcker» [1-3], anger följande metod: medelvärde (mean) $\pm 1,96 \times$ medelfel (standard error of mean, SEM). Relationen mellan standardavvikelse (SD) och medelfel (SEM) kan uttryckas som $SEM = SD/\sqrt{n}$, där $n =$ antalet observationer.

Beräknar vi 95 procents konfidensintervall med den korrekta metoden varierar medelvärdet för antalet separationer eller skilsmässor hos hjärtsjuka kvinnor mellan 0,5 och 0,7 ($0,6 \pm 1,96 \times 0,05$). Medelvärdet för de hjärtsjuka kvinnornas barnbarn varierar med 95 procents säkerhet mellan 1,5 och 2,5 ($2,0 \pm 1,96 \times 0,25$). Det tydligaste sättet att illustrera skillnader i snedfördelade variabler mellan grupper är att, som vi nyligen gjort i vår artikel i Circulation om det starkt snedfördelade blodfettet lipoprotein (a), grafiskt återge fördelningen bland fall och kontroller. Det skulle dock kräva alltför stort utrymme för så många parametrar.

Det är som insändaren skriver inte tillrådligt att »stoppa in observationerna i ett dataprogram och sedan trycka på knappen». Både analyser och datainsamling måste föregås av teori- och hypotesbildning, statistisk power-beräkning, genomtänkt strategi för statistiska analyser m m.

Kristina Orth-Gomér
professor,
Karolinska institutet

Referenser

1. Bland M. Introduction to medical statistics. Oxford: University press, 1995.
2. Rothman KJ. Modern Epidemiology, Boston: Little Brown & Company, 1968.
3. Hamilton LC. Modern data analysis. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Co, 1990.

Det finns många prioriteringar att göra för en sjukvårdspolitik

Med anledning av Jerzy Einhorn's replik på mitt inlägg