

Opertisk neutral hantering efterlyses vid granskning av kliniker

I Läkartidningen 13/98 kritiserar Adam Taube en studie vid Huddinge sjukhus gällande resultat efter kirurgiska åtgärder vid kronisk ländryggssmärta. I studien jämförs resultat av behandling vid ryggkirurgiska kliniken i Strängnäs (RKS), och ortopediska kliniken vid Huddinge sjukhus. I sin replik summerar utvärderingsgruppen resultaten. Som klinikchef vid RKS vill även jag belysa vad saken gäller.

Bakgrunden till studien var att relativt många Stockholmspatienter med långvariga svårdefinierade ryggbesvär sökte privat på vår mottagning i Strängnäs och att vi i vissa av dessa fall ansåg att det kanske fanns en möjlighet att genom kirurgisk åtgärd hjälpa patienterna. Då deras önskan om specialistvårdsremiss till oss avlogs vid ortopedkliniker i Stockholm vände sig patienterna till sina politiker. Stockholms läns landsting beslöt därför att en studie skulle genomföras. Ett antal patienter skulle skickas till oss i Strängnäs och andra patienter skulle opereras på Huddinge (protokoll 1992-02-11). Ansvaret för att administrera utvärderingen lades på Urban Lindgren, ortopediska kliniken, Huddinge, varvid denna klinik tilldelades 800 000 kr/år för detta.

Inför studiens start sammanträffade jag med Urban Lindgren och föreslog en opertisk neutral granskare. Det stod dock klart att den uppläggning som planerats från Huddinge, och som senare nu genomförts, bara kunde accepteras eller helt förkastas varvid i så fall studien ej skulle bli av. I hopp om ett gott samarbete och insyn i studien accepterade jag trots allt uppläggningsplaneringen med utvärderare enbart från Huddinge, därav två från ortopediska kliniken.

Ingen information

Under de år studien pågått har vi aldrig fått någon information från Huddinge om vilka som är utvärderare, vilka parametrar som studeras, när utvärdering sker i förhållande till kirurgisk åtgärd m m. Det var därför med stor förvåning jag i sammanfattningsboken två veckor före riksstämman 1995 fann en preliminär rapport över studien, utan att vi informerats om detta. Jag lät saken bero och hoppades att det var ett olycksfall i arbetet. Vid riksstämman 1997 upprepar sig dock samma sak.

I sammanfattningsboken fann jag en rapport där vi står för behandlingen av 30 patienter och Huddinge för 22 och där resultaten redovisas liksom kostnader [1]. Dessa senare anges vara »mer än fem gånger högre» hos oss än på Huddinge. För att kunna kontrollera åtminstone kostnadsdelen bad jag i brev (1997-11-18) om uppgift på namn och personnummer på vilka som räknats som »våra» 30 patienter samt Huddinges. Först 18 februari 1998 fick jag (efter två påminnelsebrev) svar. Då hade vår grupp om 30 patienter minskats med två »som ej uppfyllde utvärderingskriterierna». Återstod alltså 28. Bland dem fann jag en patient som vi opererat en gång, men som vi senare ansåg ej lämpa sig för ytterligare kirurgi. Denna patient har senare opererats på Huddinge med fusioner såväl bakifrån som framifrån och kan rimligen inte därför inräknas i Strängnäsgruppen. Min önskan om uppgift även rörande Huddingepatienterna avvisades med hänvisning till »gånge sekretessbestämmelser».

Vad gäller kostnaderna angavs en total kostnad för samtliga patienters behandling hos oss om totalt 18,6 miljoner kr. Då vi nu kunnat kontrollera fakturorna visar sig den verkliga kostnaden vara 13,5 miljoner. Den innefattar mottagningsbesök, operation, ofta flera vårdperioder, röntgen samt även inläggande vårdperioder för rehabilitering. Huruvida rehabiliteringskostna-

der ingår i jämförelsepriset på Huddinge är för mig okänt. Även om vi alltså är dyrare än Huddinge är den angivna summan 38 procent för hög.

I och med att jag fann brister i såväl patientmaterial som den ekonomiska redovisningen önskade jag få en uppfattning om den medicinska bedömning som gjorts för varje enskild patient. Jag bad därför den 20 januari 1998 i brev om uppgift hur varje utvärderare bedömt de enskilda patienterna. Trots påminnelse den 24 februari har jag fortfarande inte fått denna information. Jag börjar naturligt nog undra om den över huvud taget finns.

Jag har nu överlämnat till forskningsetisk kommitté att granska den s k Huddingestudien.

Kvar står min önskan om en opertisk neutral granskning av resultaten och från vår sida skulle vi gärna delta i en jämförande studie gällande vilken diagnosgrupp som helst, diskbräck, spinal stenos eller fusionsfall, i jämförelse med vilken annan klinik som helst.

Bo Nyström

docent,

ryggkirurgiska kliniken i Strängnäs

Referens

1. Åsa Storkamp, Petter Gustavsson, Einar Kristjansson, Urban Lindgren, Jan Persson, Gunnar Öhlén. Kirurgisk behandling av kronisk ländryggssmärta – rapport från en prospektiv studie. Stockholm: Svenska Läkaresällskapet handlingar Hygiea 1997; 106: 331.

Replik:

Avsikten att bedöma nyttan av behandlingen

Vid föredraget på Riksstämman den 28 november 1997 presenterades preliminära resultat från uppföljningen av två prospektiva grupper av patienter med kroniskt svårt ryggglidande som vi erhållit i uppdrag från Hälso- och sjukvårdsnämnden, SLL, att utvärdera. Avsikten har ej varit att jämföra de två klinikerna utan att bedöma nyttan av behandlingen och att ta ställning till prognostiska indikatorer. Utvärderingen har gjorts med deltagande från två uni-

versitetssjukhus, fem kliniker plus en statistiker samt med godkännande av forskningsetisk kommitté. Svenska Ryggs basformulär har använts kompletterade med ytterligare validerade instrument. Vid redovisningen på Riksstämman presenterades resultat enbart baserade på skriftligt självskattningsmaterial från patienterna. Professor Henrik Weber utsågs från Strängnäs-kliniken som representant i planeringen av studien. Med Weber diskuterades hela

AT-läkares arbetsmiljö kan förbättras med speciella AT-skyddsombud

Genom ATs tjänstekonstruktion – korta perioder på olika tjänsteställen och tidsbegränsat förordnande – har det visat sig att ingen kan komma att känna sig direkt ansvarig för AT-läkar-

utvärderingsprotokollet inklusive uppföljningstidpunkter.

Vid det aktuella föredraget presenterades 28 patienter från Strängnäsgruppen samt orsakerna till att två patienter ej uppfyllde utvärderingskriterierna. Bo Nyström anger i sitt inlägg att ytterligare en patient borde exkluderas. Denna patient är dock opererad i Strängnäs och utvärderad i enlighet med protokollet två år postoperativt och därmed inkluderad i resultatredovisningen. Kompletterande behandling på andra sjukhus efter tvåårskontrollen har ej i något annat fall och ej heller i detta exkluderat patienter från utvärderingen.

Medelkostnaden för de 28 opererade patienterna vid Strängnäscliniken ligger på ca 540 000 kr. Vid en efterkontroll i redovisningssystemet framkommer i enlighet med Nyströms anmärkning att den av oss redovisade kostnaden varit för hög på grund av att Strängnäsclinikens ackumulerade överskridanden av budgeterat anslag under ett par månader hösten 1996 tyvärr först redovisats som en patientrelaterad kostnad.

Bo Nyström önskar vidare information om »hur varje utvärderare bedömt de enskilda patienterna». Det redovisade materialet bygger på välkända och validerade självskattningsinstrument; ej utvärderarnas »bedömning». Strängnäscliniken har tidigare redovisat material just baserat till en del på »utvärderares bedömning» av varje enskild patient. Vidare har Bo Nyström erbjudits möjlighet att ta del av det samlade materialet om drygt 4 hyllmeter men har ej utnyttjat denna.

Projektrapporten är nu överlämnad till Hälso- och sjukvårdsnämnden, SLL, samt till Socialstyrelsen för »en opartisk neutral granskning av resultaten».

Gunnar Öhlén
 klinikchef,
 akutkliniken,
 Huddinge sjukhus

na. Varken för utbildning eller arbetsmiljö. Dålig undervisning drabbar alla AT-läkare. Detta har lett till att arbetsgivarna allmänt skaffat sig studierektorer för att garantera en miniminivå på handledningen. Studierektorerna har inget direkt med arbetsmiljön att göra, men en handledningsuppryckning förbättrar ofta den totala trivselsn. Om undervisningen varit bristande på en viss vårdcentral har det hänt att man inte placerat AT-läkare där. Bättring har då ofta kommit till stånd. Detta går knappast om det gäller en slutenvårds-klinik – det finns ju inga alternativ.

Den fysiska miljön är lika för alla, men arbetsbelastning och sociala kontakter upplevs olika. Om AT-läkare far illa kan det mer eller mindre medvetet nonchaleras. Cheferna har visserligen ansvaret för enheternas arbetsmiljö och det finns skyddsombud, men dåliga arbetsförhållanden beror ofta på klinikens organisation, arbetssätt, kolleger eller annan personal. Det är skälen till

att det ofta är svårt att komma tillrätta med missförhållanden. Att en AT-läkare med framgång skulle klaga för sin chef – gå tjänstevägen – är inte så troligt. Då är det klokare att huka sig. Placeringen tar ju slut en gång.

Detta är inte acceptabelt. Vad gör man? Det första som måste ske är att man inser att det finns problem. De finns. Sedan måste man göra något.

En väg för att förbättra för AT-läkarerna är att inrätta regionala skyddsombud för dem. Denne skulle ha speciellt skyddsansvar för dem inte bara på olika kliniker utan även över förvaltningsgränser. Med stöd från huvudskyddsombud, yrkesinspektionen och arbetsmiljölagen med dess internkontroll kan dåliga förhållanden ha stor chans att bli avhjälpta.

Läkarbristen ökar alltmer. Har någon råd att inte erbjuda god handledning och goda arbetsförhållanden?

Johan Fischer
 överläkare, Värnamo

Replik:

Brister börjar uppmärksammas

Johan Fischer tar i sin insändare upp en mycket angelägen fråga. AT är en viktig introduktion i arbetslivet där den nyexaminerade läkaren genom tjänstgöring under handledning skall förvärva den säkerhet och kliniska erfarenhet som erfordras för att självständigt verka som läkare. En allvarlig brist i AT idag är att det inte finns någon sammanhållande funktion. ATs konstruktion med korta avgränsade tjänstgöringsperioder gör AT-läkaren mycket sårbar. Det är svårt att se helheten då de olika tjänstgöringsavsnitten fullgörs fristående från varandra. Det finns ingen kontinuerlig handledning och samordning mellan tjänstgöringarna saknas.

Ny målbeskrivning

Brister i AT-läkarnas arbets- och utbildningsmiljö har under senare tid uppmärksamrats i olika sammanhang. Handledningen fungerar inte som den ska, målbeskrivningen är dåligt förankrad ute på klinikerna och uppföljningen

brister. Det är bra att Högskoleverket i sin nationella utvärdering av läkarutbildningen (Högskoleverkets rapportserie 1997:29R) har uppmärksammat dessa brister. Det är också bra att regeringen i propositionen om Läkares vidareutbildning (prop 1997/98:5) analyserar AT-läkarnas villkor och föreslår att en ny målbeskrivning tas fram. Vi kan nu glädja oss åt att Socialstyrelsen har fått i uppdrag att ta fram en ny målbeskrivning för AT där målen ska bli »så synliga att de reellt påverkar tjänstgöringens innehåll i samspelet mellan handledare och handledd».

Vad som också är glädjande är att Landstingsförbundet uppmärksammat handledarfrågan i ett projekt som startar till hösten. Projektet bedrivs i samarbete med Läkarförbundet och syftar till att inspirera och stödja landstingen att utveckla god handledning under AT.

I Socialstyrelsens arbete med ny målbeskrivning för AT, liksom i Landstingsförbundets projekt, finns en uttalande ►