

Antalet anmälningar till HSAN inte orimligt stort

■ Med anledning av Gerhard Kjelléns inlägg i Läkartidningen 50/00 (sidan 5961) vill jag göra några kommentarer.

Anmälningarna inte orimligt många

Det är riktigt att antalet anmälningar till HSAN ökat kraftigt sedan nämnden tillkom i sin nuvarande form 1980. Detta gällde fram till 1998. Under åren 1999 och 2000 har emellertid den förväntade ökningen uteblivit.

En trolig förklaring är att patientnämnderna/förtroendenämnderna har förstärkts, och att många ärenden där det främst handlar om kommunikationsproblem har stannat på denna nivå – en utveckling som tveklöst är positiv för både patienter och personal.

Antalet anmälningar till HSAN, drygt 3 000 om året, måste trots allt, sett mot bakgrund av det stora sjukvårdsutbudet (t ex cirka 25 miljoner läkarbesök i öppenvården årligen), betecknas som mycket måttligt. HSANs budgeterade kostnader – cirka 23 miljoner kronor – kan i detta perspektiv inte heller anses ta några orimligt stora ekonomiska resurser i anspråk.

Jag har, liksom mina medarbetare, stor förståelse för att man från sjukvårdspersonalens sida upplever det som både obehagligt och tidsödande att drabbas av en anmälan. Att antalet »fällande« avgöranden är så litet borde väl däremot glädja denna personal.

Självfallet kan man ifrågasätta systemet som sådant, och att utvecklingen

alltmer går mot identifiering av systemfel i stället för att anklaga individer upplevs väl av alla som ett steg i rätt riktning. Ytterst är det, som också Gerhard Kjellén är inne på, en fråga för politikerna.

Patientens rätt att själv göra en anmälan till en från sjukvårdens arbetsgivare och tillsynsorganet fristående instans, liksom att överklaga beslut från denna instans, tillkom efter förslag av en parlamentariskt sammansatt kommitté och av departementschefen som ett led i stärkandet av patientens ställning. Till detta har också ett antal andra åtgärder bidragit, bl a tillkomsten och utbyggnaden av patientnämnderna.

Både systemfel och individens ansvar

Att man i någon form måste kunna identifiera inte bara systemfel utan även för yrket olämpliga individer är nog alla ense om, även om man kan diskutera formerna för det. Den mest ingripande åtgärden är självfallet indragning av legitimationen.

Åläggande av disciplinpåföljd bör i vissa fall ses som en signal att det krävs åtgärder för att hjälpa och stödja vederbörande genom insatser av något slag, t ex utbildning. Av en internationellt jämförande översikt, som har gjorts med Läkarförbundets medverkan, framgår att någon form av disciplinärt system, antingen det handläggs av ett myndighetsorgan eller inom den medicinska professionen, finns i alla västeuropeiska länder.

Om man kan förhindra »onödiga« anmälningar vore detta givetvis en fördel för alla inblandande, även HSAN. Jag tänker då främst på fall då anmälan, även om den riktar sig mot behandling, främst har sin grund i att patienten känner sig illa eller nonchalant bemött. Dessa fall borde kunna hanteras på ett annat sätt.

Att många klagomål skulle kunna undvikas om patienten redan av sin läkare, kurator eller, i förekommande fall, patientnämnden fick sina klagomål utredda kan vi vara helt eniga om. Emellertid finns det åtskilliga fall där man kan förutse att anmälaren inte skulle låta sig nöja med en patientnämndskontakt eller liknande. Jag ställer mig därför något tveksam till förslaget om ett obligatoriskt möte enligt den av Gerhard Kjellén föreslagna modellen. Risken är att processen bara förlängs genom ytterligare en instans i kedjan.

Vägledande men inte prejudicerande

Slutligen – ansvarsnämnden försöker självfallet utforma sina beslut så att de kan vara vägledande. Att detta inte alltid lyckas eller blir rätt ligger i sakens natur. Däremot är ett beslut inte prejudicerande i den meningen att det definitivt slår fast vad som skall gälla i likartade fall. För detta krävs att beslutet har prövats och fastställts i högre instans.

Anita Werner
generaldirektör,

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Vilseledande marknadsföring av trombosutredning

■ Återigen lanserar läkarna vid koagulationsenheterna vid Universitetssjukhuset MAS (Läkartidningen 47/00, sidorna 5452-6) sina uppfattningar om vilka patienter med venös tromboembolism som bör koagulationsutredas. Jag får intrycket att man vill utreda så många patienter som bara är möjligt, och då endast vid sitt eget laboratorium.

Reklamkampanj för MAS

Artikeln kan bäst sammanfattas som en reklamkampanj för att få fler laboratorieprov till just MAS. Det är snarast häpnadsväckande att artikelförfattarna inte med ett ord berör de negativa konsekvenserna som skulle bli följderna om råden följdes och en omfattande koagulationsutredning utföras på ett mycket stort antal individer i vårt land. Därav min slutsats att artikeln är av marknadsföringskaraktär då den saknar balans i sina rekommendationer.

Studier saknas som underlag

Det är rimligt att alla medicinska åtgärder som utförs skall vara evidensbaserade i så stor utsträckning som möjligt. I inlägget beskrivs förtjänstfullt nu kända orsaker till venös tromboembolism, vilket visats i ett stort antal studier.

Förutom att man bör analysera alla relevanta nu kända koagulationsrubbningar samtidigt i ett »paket«, nämns dessvärre inte att det saknas studier som underlag för det man föreslår. Inte heller framkommer i artikeln att en eller flera av de beskrivna biokemiska rubbningarna kan påvisas hos cirka 50 procent av oselektade patienter med venös tromboembolism, dvs hos resterande finns andra okända predisponerande faktorer.

Med cirka 12 500 insjuknanden per år i venös tromboembolism i Sverige, varav uppskattningsvis 2 500 är recidiv, och i genomsnitt tre förstegradssläktningar blir den föreslagna utredningsvolymen tiotus-

sentals individer per år. Utöver detta förespråkar man screening av alla kvinnor som skall få östrogeninnehållande p-piller, vilket tidigare på goda grunder avvisats av berörda gynekologer.

Ingen analys kostnad–nytta

I artikeln finns inga som helst försök till diskussion om kostnad gentemot nytta både vad gäller ekonomi och medicinska konsekvenser. I dagens sjukvårdsekonomi måste den föreslagna utredningen av friska människor vägas mot andra och, enligt min mening, betydligt angelägnare sjukvårdsbehov.

Man anser att patientens ålder inte skall vara någon faktor att ta hänsyn till, vilket jag ställer mig mycket frågande till. Vilken nytta har tusentals äldre av att de har en viss mutation, som innebär en mycket lägre risk för trombos, än själva det faktum att de blivit just äldre?

Risken för trombos är cirka 1 000