

Antalet anmälningar till HSAN inte orimligt stort

II 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/förtroendekommittéerna 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 »fallande« 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 alltså en fråga 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

II 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 förstegradssläktingar 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

gångar högre för 85-åringen än för det 10-åriga barnbarnet, och som jämförelse är riskökningen i genomsnitt 3–5 gånger för individer med heterozygot form av protrombinmutation (G20210>A) eller FV Leiden (orsakar APC-resistens).

Det finns ingen dokumentation som visar värdet av att informera en ansevärd del av befolkningen (7–10 procent) om den vanligaste förekommande mutationen – FV Leiden. Vad skall alla tusentals friska individer med någon biokemisk rubbning, såsom dessa nämnda mutationer eller protein S- eller C-brist, ha denna information till? Inte heller individer med homozygot form av FV Leiden är aktuella för primär profylax, vilket för övrigt gäller nästan alla nu kända »trombofilier«.

Patientinformationen kan skapa oro

Det är inte lätt och det tar tid att informera individen om dessa biokemiska avvikelser på ett begripligt sätt, men trots informationen skapar utredningen otvetydigt en oro i en varierande omfattning oavsett utredningsresultat.

En statistiskt sett ökad risk för venös tromboembolism kan förstegradssläktingar informeras om ändå, eftersom de har en nära släkting med venös tromboembolism och att trombosprofylax bör ges på vidare indikationer. För att göra situationen än mer komplex innebär en negativ koagulationsutredning att risken att insjukna i alla fall är högre än förväntat för en förstegradssläkting, vilket påtagligt minskar nyttan med utredning.

Risken för recidiv

På ett försåtligt sätt förmedlas intrycket att patientens risk för återinsjuknande är helt beroende av utfallet av de beskrivna laboratorieanalyserna. Av artikeln framgår inte att de risker som beskrivs i tabellerna I och II gäller för ett första insjuknande, men inte alls för att bedöma recidivrisken.

Det finns få studier av patienter som har fler än en trombosdisponerande biokemisk förändring och där risken för recidiv i venös tromboembolisk sjukdom kunnat utvärderas. Studier visar att recidivrisken är mycket ringa eller inte alls förhöjd för heterozygota bärare av FV Leiden eller protrombinmutationen.

Många faktorer vägs samman

För varje patient med ett första insjuknande måste många faktorer vägas in vid bedömningen av hur lång antikoagulantbehandling skall vara. Dokumenterade oberoende förhållanden som ökar recidivrisk är hög ålder, proximal tromboslokalisering och/eller lungemboli samt avsaknad av en tillfällig riskfaktor vid insjuknandet, såsom immobi-

lisation, kirurgi eller östrogeninnehållande p-piller.

Risk för blödning under antikoagulantbehandling måste också bedömas och sammanvägas med recidivrisk. Patientens egen uppfattning om antikoagulantbehandling måste man också ta hänsyn till, vilket inte låter sig göras per post.

Som information kan nämnas att alla de nämnda koagulationsanalyserna utförs på flera håll i landet, till exempel vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Karolinska sjukhuset. Det går minst lika bra att remittera patienten (eller skicka

prov) till dessa. Där känner man också till att förekomst av kardiolipinantikroppar och/eller lupus antikoagulans mycket sällan är hereditärt betingad, och att dessa analyser inte bör inkluderas vid släktutredning.

Sammanfattningsvis är jag övertygad om att de flesta anser att nyttan med en utredning skall gagna patienten och inte laboratoriet som utför koagulationsanalyserna.

Per Lindmarker

med dr, överläkare,

akutkliniken, divisionen för medicin,

Karolinska sjukhuset, Stockholm

Replik:

Legitimt syfte att informera kollegerna

II Syftet med vår artikel (Läkartidningen 47/00, sidorna 5452-6) var att redogöra för modern trombosutredning, men inte att försöka bedriva någon reklamkampanj för vår verksamhet. Malmö och Universitetssjukhuset MAS (UMAS) nämns endast en enda gång i artikeln, i författarpresentationen.

Nya möjligheter utvecklas

Utvecklingen går med svindlande fart, och nya möjligheter att förbättra riskbedömningen avseende trombosjukdom tillkommer hela tiden. Exempelvis går det nu att göra en stor del av utredningen under pågående warfarinbehandling, och laboratoriet kan erbjuda fler analyser än för bara ett par år sedan.

Kunskapen om vilka analyser som ska göras och vid vilken tidpunkt måste på något sätt nå ut till kolleger runt om i landet. UMAS utgör referensinstans för en betydande del av landet och därför tycker vi det är rätt att skriva en sådan artikel. Detta innebär inte att vi är omedvetna om att koagulationskompetens finns även i andra delar av landet.

Lindmarker hävdar också att det inte finns några studier som underlag för våra rekommendationer. Antalet artiklar, publicerade i internationella tidskrifter, som beskriver ökad risk för trombos när patienten har flera samtidiga riskfaktorer är snart oräkneligt, vilket lätt kan ses t ex vid en enkel sökning på PubMed. För överskådlighetens skull har vi i artikeln endast refererat till ett par av dem.

Urvalet av analyser

När det gäller urvalet av analyser som ingår i rekommendationen har vi gjort en selektion efter studier av litteraturen i kombination med vår förhållandevis stora erfarenhet av klinik och laboratorieanalyser. Vilka analyser man väljer ut

kan man naturligtvis ha olika uppfattningar om, och det vi rekommenderar behöver inte vara det enda rätta och kan dessutom komma att omvärderas igen när nya studier presenteras. Kunskapen om trombosjukdom är inte fullständig, men det måste finnas riktlinjer att hålla sig till, både för oss på koagulationsenheten och för kolleger ute i landet.

Kostnadsaspekterna

För att diskutera kostnads- och nyttoaspekter av trombosutredningar behövs egentligen en helt separat artikel för detta stora ämne, och dessutom behövs mycket stora studier som sannolikt är svåra att genomföra.

När det gäller åldersgränsen har vi på UMAS valt att inte ha någon sådan. För det första tror vi att kollegerna som utreder denna typ av patienter har ett eget, och säkert sunt, kliniskt omdöme.

För det andra hävdar vi att man genom att utreda äldre patienter kan hitta yngre släktingar till dessa som kanske t ex just ska börja med p-piller och som ännu inte insjuknat i trombos.

Per Lindmarker skriver avslutningsvis att man måste ta hänsyn till patientens egen uppfattning. Vi delar denna inställning till fullo.

Kristina EM Persson

Andreas Hillarp

Stefan Lethagen

Erik Berntorp

Björn Dahlbäck

samtliga vid Universitetssjukhuset MAS, Malmö