

Föredragande i HSAN sitter inte isolerade i elfenbenstorn

II Under en lång följd av år har jag varit föredragande i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) i kirurgi med några angränsande specialiteter, bl a urologi. Jag har med intresse läst Per Videhults och Bo Lindbergs artiklar i Läkartidningen 7/2002 (sidorna 637-41 respektive 616-8) om HSAN-bedömningar och deras eventuella godtycklighet, och därav inspirerats till nedanstående synpunkter.

Finns mitt i den kliniska vardagen

Som regel vistas föredragande mitt i den aktiva kliniska vardagen med ingående kännedom om alla svårigheter som bl a jourhavande möter. Vårt uppdrag – att värdera om inget fel alls, »ringa fel« eller »icke ringa fel« begåtts – avseende de stora mängderna anmälningsärenden är oftast inte alltför svårt om än mycket grannlaga.

Föredragande sitter alltså inte isolerad i ett byråkratiskt elfenbenstorn och har dessutom oftast omedelbar tillgång till all tänkbar expertis att rådfråga i av-identifierad form. Vid bedömningen av exempelvis urologärenden – jag har säkert granskat några av Videhults ärenden – finns mycken kunskap samlad i tidigare yttranden från vetenskapliga rå-

den, stor specialisterfarenhet på det egna sjukhuset, med vilken jag regelmässigt diskuterar, och dessutom god kännedom om den kliniska rutinen.

Godtycke förekommer inte

Det är självklart att det i all mänsklig och därmed ofullkomlig verksamhet kan begås misstag, olika experter kan bedöma frågorna olika, journaluppgifterna kan vara av ytterst skiftande kvalitet och de kliniska premisserna är sällan jämförbara. Vi lägger dock ner ett stort arbete på att objektivt granska handlingarna och på att försöka avgöra om handläggningen håller acceptabel standard: likgiltighet eller godtycke förekommer ej.

Olika omständigheter vägs in

Mycket ofta orsakas anmälan av missförstånd, olyckliga omständigheter eller bristande kommunikation men också av situationer förorsakade av resursbrist eller förhållanden som den enskilde läkaren ej kunnat påverka. Allt detta måste vägas in och redogöras för inför nämnden i vars sammansättning ingår ledamöter med lång vana vid praktisk sjukvård.

Om ärendet är osedvanligt svårt eller innehåller principiella frågor av större

dignitet kan det hänskjutas till Socialstyrelsens vetenskapliga råd, som ju skall avgöra den aktuella vetenskapliga ståndpunkten, men för det mesta räcker det med den föredragande läkarens yrkeskunskap och ofta långa erfarenhet.

Det har dock förstås hänt att utslaget ifrågasatts i ytterst missnöjda och ibland hotfulla telefonsamtal även om föredragande inte har rösträtt vid avgörandet.

Alternativa system sämre

Det är naturligt att den part – patient eller läkare – som inte får gehör för sina synpunkter känner sig illa berörd och ifrågasatt. Likafullt tycker jag nog att det system som vi har i Sverige fyller rimliga krav på säkerhet och noggrannhet; alternativen förefaller mig sämre.

Vill man som enskild läkare göra så gott det går, gäller den gamla regeln: »informera, kommunicera, dokumentera!« Om man känner sig alltför missnöjd återstår självklart möjligheten att överklaga för ytterligare en prövning. Inte så sällan kan utslaget ändras.

Anders Somell

överläkare, föredragande i kirurgi
i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
Anders.Somell@Kirurg.SOS.sll.se

Var finns evidensen för effekt av psykoterapi vid utmattningsdepression?

II I Läkartidningen 6/2002 (sidan 554) förklarar Staffan Stålfors och Ingegerd Wahl att »psykologer och psykoterapeuter med stor framgång hjälper de människor som drabbats av denna åkomma [utmattningssyndrom]«.

Upplysningen är mycket välkommen då frågan om s k utmattningsdepressioner fått många dimensioner, såväl mänskliga vad gäller lidande som vetenskapsteoretiska (»vad är egentligen utbrändhet och finns det överhuvudtaget«) och samhällsekonomiska.

Empati och introspektion

Brevskrivarna hävdar att »den psykiskt utbränd patienten behöver en psykoterapeutisk behandling som kännetecknas av två centrala behandlingskomponenter, nämligen empati och introspektion«. Förgäves söker man i inlägget efter referenser som underbygger påståendet om framgångsrik behandling av detta tillstånd.

Vad kan man då hitta i publicerad litteratur? Några minuter i Medline (via PubMed) visar att den relevanta sökter-

men (MeSH) sannolikt är: »Burnout, Professional«, definierad som »An excessive stress reaction to one's occupational or professional environment. It is manifested by feelings of emotional and physical exhaustion coupled with a sense of frustration and failure«.

Elva studier – ingen om psykoterapi

Om denna kombineras med de mer specificerade »subheadings« psychology, rehabilitation eller therapy finner man 2 011 publicerade studier. Genom att lägga till kravet på »Randomized Controlled Trial« återstår elva studier! Inga av dessa studier berör över huvud taget psykoterapi.

Med reservation för att relevanta behandlingsstudier kan finnas i andra bibliografiska databaser tycks ändå underlaget ganska blygsamt.

Åttrerkom med systematisk beskrivning

Jag vill därför uppmana författarna att återkomma med en mer systematisk beskrivning av det vetenskapliga underlaget på vilket man baserar uttalandena om

psykoterapias effekter liksom gärna aspekter på kostnadseffektivitet.

Mats Eliasson

docent, överläkare
Sunderby sjukhus, Luleå
Mats.Eliasson@nll.se

*

Staffan Stålfors och Ingegerd Wahl har tillställts inlägget men avstår från att kommentera.

red