

Vem älskar HSAN och Socialstyrelsen?

Jag har stor erfarenhet av HSAN – mitt namn står överst på varenda epikris från slutenvården vid en av de tre sektionerna på kirurgen i Huddinge. Tidvis har jag varit både arg och ledsen över de anmälningar som kommit. I fortsättningen ska jag försöka se det på ett mer positivt sätt, framhåller Åke Andrén-Sandberg.



Collage: Ewa Knutsson

Som retoriskt svar på rubrikens fråga kan man nog förutsätta att det är mycket få sjukvårdsutbildade som älskar vår tillsynsmyndighet för medicinsk verksamhet, inkluderande den nu nerlagda HSAN. Det är sannolikt ännu färre som tycker om de privata juristernas övervakning av läkarna där utgångspunkten är att hitta fel för att straffa och för att få pengar. Däremot är det säkert flera som tycker bra eller mycket bra om vår kollegiala övervakning av det vi som läkare gör. Det sker inom ramen för våra specialistföreningar, det sker exempelvis i Läkartidningens spalter, det sker på klinikens egna morbiditets- och mortalitetskonferenser och så vidare.

All denna övervakning är tidvis frustrerande, i synnerhet när det man gjort blir ifrågasatt av kolleger och i ännu högre grad när man blir ifrågasatt av tillsynsmyndigheten. När man gjort så gott man har kunnat, och ibland ansträngt sig långt utöver det som kan anses »normalt« och det ändå har gått fel, kan – och bör – man ta det till sig och fundera över om man trots allt kunde ha gjort annorlunda. Vissa av oss har lättare att se egenheter hos patienten, sjukdomen eller kolleger som gjorde att det gick fel. Andra har en större benägenhet att hitta fel hos sig själva, och sitt eget agerande. Sanningen finns kanske i båda ändarna av detta spektrum. Om man emellertid verkligen funderat över detta och ser vad man

kan göra för att det inträffade inte ska återupprepas och sedan likväl blir anmäld till Socialstyrelsen kan det kännas djupt frustrerande.

Den anmälda kan känna sig kränkt, och HSAN:s formuleringar har gjort att man känt sig anklagad och nästan dömd även när det bara informeras om att man blivit anmäld och att myndigheten vill ha in relevanta journaluppgifter och ett yttrande från den anmälda. Det finns kolleger som redan vid en anmälan får svårt att sova eller överväger att sluta sitt arbete. Ännu värre är det naturligtvis om man blir kontaktad av privata jurister som uppenbarligen vill dra läkare inför domstol för att få skuldfrågan till en olycklig utgång belyst och kanske få pengar till juristbyrå och patienten. I de flesta fall vet man om att en patient lidit skada – det är sällan detta ifrågasätts, utan det är skuldfrågan som ska belysas – men ibland är det enbart en »okynnesanmälan«, vilket innebär att den förment skadade eller kränkta bara vill hämnas på den läkare man ser som ansvarig för den vård som inte blev bra.

I just detta sammanhang kan det kännas lockande att motanmäla den anmälande, men den möjligheten finns inte ens teoretiskt. Om man skriver ett alltför »rakt« svar till tillsynsmyndigheten om anmälarens trakasserier kan man vara säker på att situationen bara görs värre – anmälningsmöjligheten är strikt enkelriktad.

Det finns också ibland en känsla av vanmaktighet efter vissa anmälningar när det som brast inte primärt var sjukvårdens kvalitet utan resurserna. Sjukhusledningen, arbetsmiljömyndighet, Socialstyrelsen, fackföreningarna och massmedierna kan påpeka att överbe-

läggningar och långa väntetider äventyrar patientsäkerheten. Detta är ändå den verklighet som finns, och då kan det kännas djupt orättvist att bli anmäld för sådana brister i vården. Om man inte får ha överbeläggningar och det inte går att skicka hem någon av de inneliggande patienterna och det kommer ytterligare en patient som behöver slutenvård, vad ska man göra? Om man chansar och skickar hem patienten för öppen vård är det ingen som tackar läkaren om det trots allt gick bra, men om det gick fel blir den stackars doktorn prickad och i värsta hand uthängd i massmedierna till allmänt beskådande.

Våra specialistföreningar har ju under lång tid arbetat helt annorlunda, och kan väl i vissa avseenden vara mönster för att minska patientskador genom utbildningar, kollegiala granskningar, konsensusriktlinjer och så vidare. Det föreningarna varit dåliga på är främst att konfrontera enskilda kolleger som uppenbarligen inte handlar enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Där har specialistföreningarna lämnat walk over. Även klinikernas egna morbiditets- och mortalitetskonferenser är svåra att balansera mellan utpekande av den som gjort fel och ett överskylande, urvattnat konstaterande att något gått snett.

När nu de flesta känner en viss allmän olust inför HSAN, Socialstyrelsen och jurister och viss skepsis inför de kollegiala vägarna att höja sjukvårdens standard kan man undra hur det borde vara i stället. När jag nu har arbetat utomlands ett tag i ett land helt utan fungerande tillsynsmyndighet, helt utan jurister som vill dra läkare inför domstol och helt utan kolleger som granskar vad man som doktor gör, är min glasklara



ÅKE ANDRÉN-SANDBERG
överläkare, Gastrocentrum
kirurgi, Karolinska universitets-
sjukhuset
ake.andren-sandberg@
karolinska.se

slutsats: Vi ska vara oändligt tacksamma för det system som vi har!

I en miljö där det inte förekommer någon kontroll av den medicinska verksamheten försvinner en betydande del av ansvarskänslan, empatin och eftertanken. Om man bara kan gå vidare även efter katastrofala medicinska misstag utan att det blir någon efterforskning av vad som skett och varför det skedde kommer inte heller de mindre missarna att bli intressanta att fundera över. I stället får man en attityd att »misstag sker, så är det bara«, vilket är förödande. Man kommer dessutom

snabbt att hamna i en miljö som belö-
nar tystnad och som gör »whistleblow-
ers« till bovar i stället för att stödja
dem; den som visar att något är fel blir
ansedd som besvärlig och okollegial.
Med en sådan grundinställning finns
det ingen möjlighet att höja kvaliteten;
för att förbättra måste man ha mod att
säga att något inte är tillräckligt bra.

**Vår kollegiala tillsyn kan säkert bli
bättre, våra tillsynsmyndigheter kan
bli mer relevanta i det de gör och juris-
terna kan bättre koncentrera sig på de
verkliga felen och strunta i mänsklig**

ofullkomlighet. I detta arbete måste vi
som läkare delta och inse att avsaknad
av övervakning av verksamheten vore
katastrofal och att en sund granskning
av vad vi gör är en del av vårt uppdrag
och en moralisk skyldighet. Det är kan-
ske svårt att älska den hädangångna
HSAN och den nyfödda »Enheten för
enskildas klagomål« på Socialstyrelsen,
men vi ska vara väldigt, väldigt glada
och tacksamma för att de funnits – och
finns.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållan-
den: Inga uppgivna.*

APROPÅ! 2- eller 3-dos pcV vid övre luftvägsinfektion

Hur ofta? Hur mycket? Hur länge?

Fenoxymetylpencillin
(pcV) för behandling av
övre luftvägsinfektioner
(ÖLI) har i ca 30 år adminis-
trerats i doseringen 2 gånger/
dag. Under senare tid har en
återgång till 3-dosering in-
förts utan några mer omfat-
tande diskussioner. I Fass re-
kommenderas 2–3 doser, och
vid senaste konsensusmötet
om otit slogs 3 doser per dag
fast. Här följer en tillbaka-
blick och några synpunkter
från oss som var med och in-
förde 2-doseringen.

I slutet av 1970-talet ställdes
frågan om vi i Sverige, precis
som i de flesta andra länder,
skulle överge penicillin som
förstahandsmedel vid övre
luftvägsinfektioner (ÖLI) och
övergå till »bredare« medel,
framför allt ampicillin. I äm-
net intresserade öron-, barn-
och infektionsläkare tog, till-
sammans med kliniska bakte-
riologer och läkemedelsindu-
strin, tag i frågan, som sedan
diskuterades under en rad for-
mella och informella möten.

Vi beslöt att försöka bibe-
hålla pcV som förstahands-
medel vid ÖLI, men identifie-
rade ett behov av att se över
rådande behandlingsrekommendationer, som då var 6,25
+ 6,25 + 12,5 mg/kg per dag. Vi
ifrågasatte om detta var opti-
malt för de bakteriella övre
luftvägsinfektioner för vilka
penicillinet avsågs verka.

Vi såg över dosering, dose-
ringsintervall och behand-
lingstidens längd under vin-
jetten: Hur ofta? Hur myck-
et? Hur länge? Begreppet
minsta effektiva dos (MED)
infördes och avsåg tillräcklig
mängd penicillin i den infek-
terade vävnaden. Det gjordes
bestämningar av penicillin i
vävnad (tonsillvävnad och
sinusslemhinna) och i sekret
(mellanöra och sinus), in vitro-
studier avseende bakterier-
nas avdödning samt kliniska
behandlingsstudier vid otit,
streptokocktonsillit samt
purulent sinuit. Dessa arbe-
ten ligger till grund för da-
gens doser och doseringsin-
tervall, dvs 12,5 mg/kg 2 ggr
dagligen för streptokockton-
sillit och dubbel dos vid bakte-
teriell otit och sinuit.

Beslutet att behålla pcV som
förstahandsmedel och att an-
passa doserna måste vara det
enskit viktigaste beslut som
lett fram till Sveriges förhål-
landet vis mycket gynnsamma
resistensläge.

Den »svenska penicillin-
modellen« kom ganska omgå-
ende att testas. Nya antibioti-
ka med indikationerna bakte-
riella ÖLI, framför allt cefa-
losporiner, introducerades.
Fokus var nu resistensproble-
matiken, och med denna som
argument kunde pcV hävdas
som förstahandsmedel.

Diskussionen om föränd-

ring av doser
och dose-
ringsinter-
vall på 1970-
talet var en
följd av hotet
att ersätta pcV med »breda-
re« antibiotika. Vad som nu
initierat återgång till 3 doser
per dag förefaller mer oklart.

Kan det finnas nackdelar med
att ge 3 i stället för 2 doser per
dag?

- Cirka 10 procent av de som
tar pcV får gastrointestinala
biverkningar. Ökar dessa om
vi ger en dos till?
- Penicillin har en stark och
obehaglig smak som man för-
sökt att dölja. Frågar man bar-
nen kommer många att anse
att man inte lyckats speciellt
bra i detta avseende. Kommer
ytterligare en dos per dag att
öka föräldrarnas krav på dok-
torn att förskriva mer välsma-
kande (bredare) antibiotika?
- Avdödningen av patogena
bakterier in vitro vid 3-dos är
överlägsen den vid 2-dos. Om
detta gäller för patogena bakte-
rier bör det väl också gälla
för den penicillinkänsliga
normalfloran, t ex alfastrep-
tokocker? Kan detta ge upp-
hov till fler reinfektioner?

De kliniska studier som
gjordes för 30 år sedan kan
kritiseras. Det vore märkligt
om vår kunskap inte ökat
också på detta område. Med
kunskap om typ II-fel m m

skulle nya och bättre kliniska
studier kunna göras för att få
svar på 2- eller 3-dosbehand-
lingens effektivitet och even-
tuella nackdelar. Utvärde-
ringen skulle kunna bestå av
inte bara klinisk och mikro-
biologisk utläkning, utan
också av subjektivt tillfrisk-
nande, biverkningar, kompli-
kationer samt behandlings-
följsamhet (compliance).

Påverkan av de olika doser-
na på normalfloran, framför
allt alfastreptokockerna,
samt vid streptokocktonsillit
även smittspridning, vore an-
dra angelägna variabler att
studera.

Cirka 1,3 miljoner pcV-recept
förskrivs årligen, och ett stort
antal patienter berörs således
av den föreslagna/genomför-
da förändringen. Farmako-
kinetiska och farmakodyna-
miska data talar visserligen
för 3-dosering av pcV vid övre
luftvägsinfektioner, men bor-
de inte dessa data komplette-
ras med kliniska studier?

Kristian Roos

docent, överläkare,
Capio Lundby Sjukhus, Göteborg
Kristian.Roos@lundbysjukhus.se

Stig Holm

professor emeritus, institutionen
för klinisk mikrobiologi, Göteborg

Claes Ekedahl

docent, Ivarstorp, Ör, Växjö