

# Funderingar med anledning av ett par HSAN-beslut

Enligt ett HSAN-beslut skall man inte meddela fyndet av en sigmoidoskopi vare sig per brev eller per telefon. Själv försökte jag för några år sedan införa som policy att aldrig meddela en patient resultatet av ett prov per brev eller per telefon, åtminstone inte om provet visade något allvarligt avvikande. Två incidenter fick mig att överge policyn.

PETER LINDVALL  
husläkare, Göteborg  
[peter.lindvall@mbox303.swipnet.se](mailto:peter.lindvall@mbox303.swipnet.se)

II I Läkartidningen 40/2003 (sidan 3160) kan man läsa om effekterna av den rådsla som många läkare känner inför Ansvarsnämnden, vars beslut ofta är svår-förståeliga för kliniskt verksamma läkare hårt trängda av stress och svåruppfyllda krav från bl a patienter och sjukvårdshuvudman kombinerat med bristande resurser och dålig organisation. Att uppfylla Ansvarsnämndens krav och i ett anmälningsfall undvika reprimand skulle kräva att man levde i den bästa av världar. För att skydda sig beställer läkarna fler prov och undersökningar än vad som egentligen behövs med onödiga kostnader som följd.

## Inte meddela fynd per brev

I Läkartidningen 36/2003 (sidorna 2774-5) refereras några HSAN-fall där läkare kritiserats och som jag tycker kan kräva en kommentar. I det första fallet (HSAN 598/03) varnas en läkare för att ha missat en koloncancer när patienten sökte för blod i avföringen. Det som fick mig att höja på ögonbrynen är att HSAN dessutom kritiserar läkaren för att per brev ha meddelat patienten fyndet av en sigmoidoskopi som visade att hon hade en cancer. Enligt HSAN skall man inte meddela sådana fynd vare sig per brev eller per telefon.

## Fick överge min policy

Själv försökte jag för några år sen införa som policy att aldrig meddela en patient resultatet av prov per brev eller per telefon, åtminstone om provet visade något allvarligt avvikande. Jag har dock fått överge den policyn efter följande två incidenter.

Det ena fallet gällde en 45-årig man med jugoslaviskt ursprung vars far och bror avlidit av lungcancer och som själv rökte. Han var för tidspensionerad på grund av nervösa besvär. Han ville ha en lungröntgen som kontroll. Den visade en

misstänkt lungcancer. Eftersom patientens återbesök var satt flera veckor framåt i tiden beslöt jag att ringa upp honom men meddelade att han måste komma till mottagningen för att få besked. Han kom aldrig. Efter två veckor ringde han och berättade att han blivit så nervös att han krockat med bilen på vägen till mottagningen och hamnat på akuten på Sahlgrenska.

## Stabil angina pectoris

Det andra fallet var en svensk 60-årig man med stabil angina pectoris som på grund av avföringsrubbnings genomgick en kolonröntgen. Röntgen visade misstänkt cancer. Även i detta fall var återbesöket satt några veckor framåt varför jag ringde upp honom och sa att han måste komma till mottagningen och få besked. Han anade naturligtvis det värsta, och inte heller han kom fram till mottagningen utan fick bröstsmärtor och utvecklade en mindre infarkt som behandlades på Sahlgrenska.

Efter dessa incidenter ringer jag regelmässigt upp patienterna och meddelar dem resultatet per telefon. Är de inte anträffbara per telefon får de ett brev. Breven resulterar oftast i att patienten ringer mig för att få kompletterande information, och de som vill får komma på besök. Systemet fungerar utmärkt.

## Prostatacancer

I ett annat HSAN-fall refererat i Läkartidningen 36/2003 (sidan 2776) kritiseras en läkare för att inte ha reagerat på stigande PSA-värden hos en man som 1989 opererats för prostatacancer. Det som får mig att fundera är att HSAN säger att redan när patientens PSA först gått upp till 1,8 och sedan till 2,9 visade värdena att canceren recidiverat.

Sedan flera kända personer under senare tid offentligt berättat om sin prostatacancer möter sjukvården en strid ström av medelålders och äldre herrar som vill kolla sitt PSA. Många hamnar på värden mellan 2 och 10 trots att de är helt symtomfria och att palpationsfyndet

antingen är helt normalt eller tyder på lätt till måttlig benign prostatahypertrofi. Skall alla dessa remitteras till urolog för utredning blir belastningen enorm.

Jag har remitterat en del patienter och funnit att urologens utredning oftast antingen inte visar något malignt alls eller en liten lokaliserad cancer som man inte gör något åt utan bara kontrollerar med ett halvt års mellanrum för att se om PSA-värdet stiger ytterligare.

## Skulle nog inte vinna HSANs gillande

Ett sätt att handlägga dessa patienter är att husläkaren under en tid följer dem med palpation och PSA-prov för att se om PSA stiger eller sjunker (på grund av den rätt uttalade biologiska variationen) och sedan skriver remiss om PSA-värdet stiger. Ett över tiden stabilt PSA-värde på t ex 6 hos en symtomfri man med benign palpationsfynd borde man rimligtvis kunna avvakta med. Troligt är emellertid att ett sådan handläggning i ett anmälningsfall inte skulle accepteras av HSAN. •

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

*Breven resulterar oftast i att patienten ringer mig för att få kompletterande information och de som vill får komma på besök. Systemet fungerar utmärkt.*