

Angående Uppdrag granskning den 22 november 2005

Allmän kommentar

Programmakarnas tes är att man i Sverige i väsentlig utsträckning har utfört och bedriver profylaktisk ooforektomi utan patientens hörande, till och med emot deras uttalade önskan. Detta är en myt som man till dels lyckas upprätthålla genom hela programmet.

Den Svenska Hälso- och sjukvårdslagen är entydig vad gäller operationers genomförande. Patienten skall alltid vara införstådd och samtyckande. Detta samtycke är i många fall, som t.ex. vid cancersjukdomar, mera formellt än reellt. Vad gäller profylaktisk kirurgi skall och är patientens autonomi absolut. Läkarens roll är endast informerande.

Vad gäller eventuella risker med profylaktisk ooforektomi jämfört med eventuella fördelar är det endast kvinnans egen uppfattning och upplevande av risker som har relevans. Det är inte den behandlande läkarens upplevande av risker och fördelar. Det är inte heller ”kliniken policy” eller ”professionella konsensusbedömningar” och allra minst opinionsbildande ”mediasvängar”.

En grupp kvinnor som skall genomgå elektiv hysterektomi i den perimenopausala situationen önskar profylaktisk ooforektomi, ej sällan p.g.a. att man har personlig erfarenhet av ovarialcancersjukdomen.

En kvinna har sedan ett antal år ägnat sig åt personförföljelser vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och är nu polisanmäld av Sahlgrenska Universitetssjukhusets säkerhetsavdelning p.g.a. sin verksamhet. Hon har aldrig haft något med undertecknades studier att göra utan endast hört talas om desamma. När vi till fullo förstätt att hon har varit inspirationskälla och samarbetspartner med programmakarna bedömde vi möjligheterna för att i rimlig utsträckning komma igenom med information om vår studie i en bandad intervju som obefintliga. Vi erbjöd oss – naturligtvis – att medverka i direktsändning.

I ett försök skapa någon slags trovärdig ram trots de felaktiga utgångspunkterna blandar man i programmet ett flertal i sig själva intressanta ämnesområden:

1. Gynekologisk historik
2. Av Socialstyrelsen sanktionerade operationsregister
3. Vad är forskning?
4. Effekter av profylaktisk ooforektomi
5. Ett fall av åsidosättande av Hälso- och sjukvårdslagen p.g.a. en olyckshändelse
6. Genusperspektiv i sjukvården

Specifika kommentarer

En del av enskilda intervjuade kollegors uttalanden är sakligt egendomliga, men med respekt för hänsynslös redigeringsteknik och provocerande frågor avstår vi från diskussion om enskildheter. Vi vill dock ge några kommentarer:

a) Studiepopulationsantal och etik

Som antyds i programmet har vår studie om profylaktisk ooforektomi vid elektiv hysterektomi genom åren granskats av alla tänkbara institutioner i alla tänkbara former. Detta är en uppmärksamhet som ej kommer alla studier till del. Det enda som dessa genomgångar har avkastat i form av kritik mot undertecknade är att vi har en större studiepopulation än den i etisk ansökan angivna. Programmet kan ge den oinitierade intrycket av att detta är ett väsentligt tillkortakommande. Vi ser det mer som ett formellt fel. Det torde höra till ovanligheterna att i klinisk forskning en studiepopulation utgörs av exakt det antal som nämnts i en etikansökan.

Ett stort etiskt och återkommande dilemma är däremot att man vid klinisk forskning ej uppnår det stipulerade antalet studiepatienter. Återkommande går projekt om intet p.g.a. att man ej lyckas rekrytera och genomföra planerade studier. Härvidlag är patientinsatser, personalinsatser, laboratorieresurser etc. bortkastade.

Ett lika stort etiskt problem är att klinisk forskning med egentligen otillräcklig statistisk kraft finner sin väg genom mindre noggranna redaktioner och granskare till en publicering, bidragande till den medicinska "brusinformatjonen" med möjlig skada för patienter som följd. Detta kan sägas vara något av ett institutionaliserat etiskt problem vad gäller klinisk forskning och det är i denna ände arbete med uppföljning och kontroll bör börja.

b) Perimenopausal, ovariell stromaandrogen produktion och livskvalitet - kunskapsläget

Exogena androgener, som regel i superfysiologiska doser, kan ge vissa statistiskt mätbara effekter på sexologiska parametrar. Ett begränsat antal retrospektiva studier, där ofta långt efter hysterektomi ooforektomerade kvinnor jämförs med icke ooforektomerade, har visat små, men statistiskt signifikanta skillnader i vissa sexologiska parametrar.

På basen av detta har det i svensk gynekologisk opinion utvecklats till en "sanning", att man "förstör" kvinnans livskvalitet om "det utförs" profylaktisk ooforektomi i anslutning till hysterektomi perimenopausalt.

Vi har genomfört den enda existerande prospektiva undersökning där den perimenopausala stromaandrogenproduktionen hos ovariet systematiskt utvärderats vad avser sexualitet och psykologiskt välbefinnande.

Den randomiserande armen blev så liten att den ej tål "seriös" statistisk utvärdering.

I övrigt följdes inemot 500 kvinnor i självvalda armar. Vi fann att en perimenopausal kvinnas val att genomgå ooforektomi eller ej i anslutning till elektiv hysterektomi ej hade någon inverkan över huvud taget på sexualitet eller psykologiskt välbefinnande. Detta under förutsättning att östrogensubstitution gavs till de ooforektomerade. Vi fann ej en antydning till korrelet mellan androgennivåförändringar och psykometriska variabler i multivariatanalysen av detta mycket stora material.

Skälet till att retrospektiva kliniska studier metodboksmässigt alltid betecknas som hypotesskapande, ej konklusiva, är huvudsakligen beroende på svårigheten att göra sannolikt att de undersökta grupperna var jämförbara i utgångsläget. I vår studie kunde vi konstatera tydliga skillnader i sexologiska parametrar preoperativt så att kvinnor som valde profylaktisk ooforektomi systematisk uppfattade sin sexualitet som sämre än den andra gruppen. Detta är den sannolika förklaringen till de skillnader man sett i de retrospektiva studierna.

Som nämnts har kvinnans valmöjligheter begränsats av läkares sätt att informera. Tidigare genom överbetonande av cancerrisken och det senaste dryga decenniet osakliga framställningar om livskvalitetsförluster.

c) Patient i programmet

Detta djupt beklagliga fall, där patientens autonomi p.g.a. ett misstag kommit att kränkas, är ej beroende på studiens uppläggning. I programmet talas om att "den ansvarige läkaren" varit och talat med patienten. Man kan (skall) av detta uttryck och bildsekvenserna få ett intryck att någon av de studieansvariga var involverade i denna händelse. Ingen av undertecknade har sett patienten före detta TV-program.

Hälso- och sjukvårdslagen är entydig – patienten skall alltid ge samtycke till ett kirurgiskt ingrepp. Vad gäller profylaktisk kirurgi är kravet på autonomi och en lyssnande attityd från den behandlandes läkare absolut.

Det är att beklaga att den enda som fått tillfälle att yttra sig i direktsändning – Göran Mellbring från Socialstyrelsen - ej kunde klargöra detta med tydlighet.

Sammanfattning

Denna upplaga av Uppdrag granskning har berört ett flertal ämnesområden på ett ostrukturerat sätt. Detta är dålig journalistik.

Programmakarna har säkert i utgångspunkten av programarbetet haft en tro att man varit ett omfattande missbruk av en kirurgisk metod på spåren, vilket naturligtvis måste ha varit stimulerande. Under arbetets gång har man kommit till en fullständig klarhet om att profylaktisk kirurgi utan medgivande ej är något som existerar annat än som olycksfall. Man väljer att ändå göra ett program med denna felaktiga utgångspunkt.

Granskande journalistik är viktig. Det är inte bra för denna verksamhet när sannings- och kvalitetskraven sätts för lågt.

Göteborg den 6 december 2005

Adel Aziz
Med. Dr.
Kvinnosjukvården
Borås lasarett

Gunnar Silfverstolpe
Docent
Gyn-verksamheten
SU/Sahlgrenska