

## Säkerhetsbälten vid behov i vården lika självklart som i trafiken

I medierna beskrivs det ännu en gång som en skandal att man i vården av patienter på ett sjukhem använt sänggrindar och säkerhetsbälten, och man kallar detta tvångsåtgärder och fastspänning.

Man skiljer inte alltid mellan fastspänning, då patienten inte själv kan ta sig loss, och säkerhetsbälten, då patienten själv kan lösgöra sig. Denna skillnad är väsentlig.

Säkerhetsbälten är ju obligatoriskt i trafiken och behövs lika väl i vården av många patienter för att förhindra fallolyckor. Sådana är mycket vanliga på sjukhus, sjukhem och även inom hem-sjukvården, men detta är mindre väl känt.

Hur vanligt är då fallolyckor på sjukhus? I en undersökning på Malmö allmänna sjukhus fann man under ett år 499 olycksfall varav 299 frakturer och fördubblad dödlighet hos olyckspatienterna.

På Vasa sjukhus och sjukhem i Göteborg fann man på ett år 827 olycksfall och 96 höftfrakturer. Sex månader senare var 25 procent av olyckspatienterna döda och 35 procent hade bestående skador.

Eftersom jag är sjukhusläkare och möter dessa problem i vardagslag, väntade jag mig en stor debatt då dessa sensationella undersökningar publicerades. Så blev det inte. Det hela tystades ner och Socialstyrelsen ignorerade problemet och nöjer sig med att angripa dem som försöker göra något åt saken och förebygga olyckor.

### Orealistiskt

Då problemen till äventyrs kommer fram till diskussion brukar Socialstyrelsen och andra instanser tala vackert om behovet av ökad personlig omvårdnad och tillsyn.

I verkligheten kommer vi dock aldrig att få så gott om personal i vården att personlig tillsyn kan förebygga fallolyckor. Det är orealistiskt att tro något sådant. Olyckor kan som bekant hända på en bråkdel av en sekund.

Det som behövs är förebyggande åtgärder, som inte ställer orimliga krav på ökad personaltäthet, t ex säkerhetsbälten. Jag menar då säkerhetsbälten där patienten själv kan ta sig loss när han eller hon så önskar. Detta är inte fastspänning, och ska inte blandas ihop med

gamla tiders fastspänning av våldsamma psykiatripatienter.

Säkerhetsbälten att användas vid behov borde vara lika självklart inom sjukvården som i trafiken. När det gäller bilar klagar ingen över att samhället spänner fast oss, trots att en och annan bilist riskerar att brinna upp eller drunkna för att han inte hinner eller kan ta sig loss.

Sensationsmakeriet kring dessa

pseudoskandaler är ett exempel på gammalt vanetänkande från tvångspsykiatriens dagar. Det är nu dags att gå vidare och med alla medel, inklusive moderna säkerhetsbälten, där patienten själv kan lösgöra sig, angripa det alltför litet kända problemet med de alltför vanliga fallolyckorna inom vården.

*Rutger Nandorf*  
leg läkare,  
Västervik

### Replik:

## Se främst till patientens bästa

Självfallet skall vi på alla rimliga sätt skydda patienter som löper risk att skadas. Men huvudprincipen inom hälso- och sjukvården är att åtgärder som innebär frihetsinskränkning och tvång inte får förekomma.

Socialstyrelsens syn på användning av skyddsåtgärder inom äldreården finns uttalad i kungörelse (SOSFS 1980:87) med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård samt föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1992:17 ändrad genom SOSFS 1997:16) om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad. Socialstyrelsens äldreomvårdnad gör för närvarande en översyn av dessa författningar. I Riskronden nr I X 1998 informeras om allvarliga olyckor som inträffat vid användning av sänggrindar.

Innan man fattar beslut om att använda skyddsåtgärder måste andra möjligheter att skydda patienten ha prövats. På samma sätt som när det gäller läkemedelsbehandling skall restriktiva åtgärder övervägas noggrant och patientens

bästa sättas framför andra intressen. Motiven till att säkerhetsbälten och sänggrindar ordinerar skall dokumenteras i patientens journal. Åtgärderna skall följas upp och utvärderas.

Att fallrisker och fallolyckor är ett problem, särskilt inom den kommunala sjukvården, avspeglas i antalet Lex Maria-ärenden. Det är en viktig uppgift för omvårdnadsansvariga att i den individuella vårdplaneringen finna den optimala avvägningen för den enskilde patienten. Det är också viktigt att de skyddsåtgärder som används inte uppfattas integritetskränkande eller som tvång.

Det Socialstyrelsen nyligen har kritiserat i ett tillsynsärende vid ett sjukhem är att bälten och grindar använts utan dokumenterade ställningstaganden och uppföljningar samt i vissa fall trots patientens protester. Att sitta med ett säkerhetsbälte, som man när som helst kan öppna själv är inte jämförbart med att vara fastspänd mot sin vilja.

*Britt Mari Hellner*  
Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Stockholm

## Medicinsk etik är också individuell psykologi

Det är ju väldigt roligt att bli refererad till och jag har läst Reet Arnmans krönika (Läkartidningen 6/99) flera

gånger med stort intresse. Jag är nog inte lika beläst som hon men vill ändå komma med ett par funderingar och frå-

**ANNONS**

## Hur är det egentligen med könsfördelningen?

gor. Vad menas med den första passusen och exemplet om den abortsökande flickan? Att man gör etiskt rätt när man gör det som känns rätt? Visserligen handlar vi väl delvis efterhand efter något som vi kallar klinisk intuition men att jämföra det med vad som »känns rätt» är väl att underkänna hela vår utbildning och successiva träning in i yret. Som psykiater och kliniker känner jag inte alls igen mig i att det skulle vara »psykiaterns tanksätt».

I krönikan återkoms flera gånger till tanken att medicinsk etik har att göra med vårt individuella normsystem. Det »är grunden i vårt uppfattande av situationer och i vårt handlande». Jag håller med om att filosofer här har mycket att bidra med om de inte som så ofta kommer med egna värderingar presenterade som filosofiska sanningar i stället. Dock tror jag att psykiatern har ännu mer att komma med när det gäller våra individuella normsystem. Varför är vi som vi är och varför fungerar vi som vi gör? Kungsvägen till att förstå sig själv är väl, förutom att leva livet helt och fullt, insiktsorienterad psykoterapi eller om man vill vara riktigt ambitiös psykoanalys. Det är hur som helst roligt och kan rekommenderas. Vid varje medicinskt beslut, inför varje patient eller petitesse under rondens står vi där med all vår kunskap och hela vår personlighet och allting avspeglas i vad vi säger, ordinerar och beslutar. Vi handlar mer etiskt rätt ju mer vi förstär oss själva.

Arne Stenstedt

ST-läkare,

Sollentuna psykiatriska mottagning,  
psykiatrisektor Sollentuna/  
Sigtuna/Upplands Väsby

På en universitetsklinik uppmärksammades en könsmässig snedfördelning vid tilldelning av kliniska forskarmånader, för många enda möjligheten att få tid till klinisk forskning. Vid denna klinik fick fyra av tolv sökande kvinnor tid medan nio av elva män fick tilldelning. Givetvis kan detta vara en tillfällighet. Med tanke på Agnes Wolds och Christine Wennerås' undersökning visande en könsmässig snedfördelning vad gällde tilldelning av grundforskningsmedel frågade vi:

1. Finns det en snedfördelning vad gäller kön vid fördelning av kliniska forskarmånader?

2. Hur är det för disputerade kvinnor som försöker meritiera sig för en docentur? Är klen tilldelning förklaringen till att det finns så få kvinnliga docenter i kliniken?

Hösten 1997 skickades brev till FoUU-ansvariga vid de medicinska fakulteterna. Vi frågade om könsfördelningen beträffande klinisk forskningstid för år 1998 samt fördelningen mellan docenter/icke-docenter. Inte ett enda svar!

Vi ringde då till jämställdhetsansvariga vid samtliga medicinska fakulteter. Men, det har varit svårt att få fram data. Efter påstötning kom svar från fyra fakulteter.

**Göteborg:** 229 män och 44 kvinnor tilldelades forskningsmånader. (296 ansökningar, ej könsuppdelat). 143 av 154 docentkompetenta män fick tilldelning och 33 av 36 kvinnor. Av professorerna fick alla 53 männen tid och »alla» de fyra kvinnorna. Hur handledarna i sin tur delar ut tid är oklart.

**FoUU-enheten, region Skåne** ger tid till projektledare/chef för forskargrupp. Här fick nio kvinnor av totalt 61 personer tid. Totalantal sökande och kön framgick ej.

**Kvalitets- och utvecklingsenheten i Umeå** rapporterade att av 358 läkare sökte 102 kvinnor tid, 56 tilldelades. Av dessa 56 var 36 procent disputerade eller doktorander. Ingen redovisades som docent.

**Linköping** fann inga data.

Från Uppsala och Karolinska hördes inget. Intrycket är att viljan finns hos jämställdhetsansvariga men det är svårt att hitta uppgifterna. Bokförs de?

### Slutsats

Endast Umeå har kunnat ge uppgift om könsfördelning av tilldelade kliniska forskarmånader. Hur är det med tilldelning av tid för klinisk forskning i Sverige? Det är inte självklart att föra könsuppdelad statistik.

En hypotes är att här finns en flaskhals för kvinnors akademiska karriär. För att kunna komma vidare krävs fakta, medvetenhet och förändringsvilja. Ett litet tecken på detta noteras i Karolinska Institutets veckoprogram 1/99 där Jämställdhetsprojektet annonserar efter en forskare som ska kartlägga fördelning/uttag av forskningstid. Initiativet är bra – men är detta något för en forskare med lite tid?

Vi föreslår att Utbildningsdepartementet undersöker hur dessa statliga medel fördelas!

För KLFs styrelse

Christina Berntsson  
ordförande

## Vilka med akut otit skall antibiotikabehandlas?

Av Otto Cars artikel »Har vi förlorat slaget mot antibiotikaresistens» i Läkartidningen 6/99 får man uppfattningen att författaren anser det positivt att endast 30 procent av patienterna i Holland får antibiotikabehandling för akut otit. Vad säger öronspecialisterna? Skall endast vissa individer med akut otit antibiotikabehandlas och i så fall vilka?

Är det någon skillnad i otitkompli-

kationer mellan Holland och Sverige? Finns någon sammanställning angående detta? Om inte borde detta vara en ytterst angelägen uppgift för Stram-gruppen att undersöka för att kunna motivera att vi i Sverige ändrar policy gällande otitbehandling.

Inger Enström  
distriktsläkare,  
vårdcentralen,  
Kävlinge

### Max 400 ord

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord – vilket motsvarar 2 700 tecken plus högst fem referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.