

preventiva säkerhetsanalyser, ökas troligen kvaliteten för flertalet, men kanske på bekostnad av liv.

Avvikelsehanteringsroll

Risken för dödsfall kan naturligtvis förbli latent även om man gör en bra säkerhetsanalys, och där kommer avvikelshandlingen in i bilden – som ett nödvändigt och outhärligt komplement. Avvikelsehantering må vara en hörnsten i kvalitetsarbetet i vården idag. Men säkerhetsarbete handlar om att göra systematiska faro- och riskanalyser och att så långt det är möjligt förebygga incident nummer ett och inte bara incident nummer två.

Kerstin Ivarsson

kerstinivarsson@hotmail.com

Referens

1. Dahlgren EF. Avhandling om kvalitetssäkring i sjukvården visar: Kvalitetssäkring är kontroll av hur och inte vad man gör. Läkartidningen 2000;97:810-11.

Socialstyrelsen om sexuella övergrepp mot barn:

Felaktiga påståenden om rättsskipning

Pensionerade barnpsykiatern Gunnar Höst gör i Läkartidningen 20/00 i inlägget »Om barnpsykiatri, Socialstyrelsen och sexuella övergrepp mot barn» (sidorna 2522-3) gällande att barnpsykiatri – när det gäller sexuella övergrepp mot barn – har upprättat en egen rättsskipning genom att utreda, döma och fastställa påföljd. Dessutom hävdar Gunnar Höst att detta (av Höst påstådda) förfaringssätt skulle ha stöd av Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen vill informera Gunnar Höst om att så inte är fallet.

De olika myndigheterna gör sina egna utredningar

I en nyligen publicerad kunskapsöversikt om sexuella övergrepp mot barn (SoS-rapport 2000:1) framgår att det är nödvändigt att skilja de olika ut-

redningar åt som kan bli aktuella när det gäller övergrepp mot barn – exempelvis socialtjänstens utredning om barnets behov av skydd, polisens förundersökning om misstänkt brott, barnpsykiatriens bedömning av behovet av behandlingsinsatser för barn och familj. De olika myndigheterna gör sina olika utredningar och bedömningar.

Socialstyrelsens rapport sammanfattar det aktuella kunskapsläget från forskning och erfarenhet, och bygger främst på femton expertrapporter som tidigare publicerats av Socialstyrelsen.

Alla rapporterna finns tillgängliga på Socialstyrelsens hemsida: www.sos.se/socialtjanst

Monica Norrman

Elisabet Svedberg

socialtjänstavdelningen, Socialstyrelsen

Alla Fass-texter granskas noga

I Läkartidningen 23/00 (sidan 2896) skriver Läkemedelsverkets (LMV) informationsansvarige Björn Beermann i diskussionen om Fass-texten för TrioBe att densamma är olycklig och skall omformuleras. Den aktuella texten är dock inte hämtad ur Fass utan ur TrioBe-tillverkarens produktresumé som alltid skall godkännas av LMV.

Medicinsk expertgrupp

Beermann skriver vidare att »Fass-texterna är sedan fem år att betrakta som ett marknadsföringsmedel». Bakgrunden till denna något förvånande åsikt är att numera behöver inte Fass-texten underställas LMV för godkännande, eftersom Fass-texten utgör ett koncentrat av den av LMV godkända produktresumén. Att den kortare Fass-texten motsvarar texten i produktresumén kontrolleras av Fass-redaktionen, som till sin hjälp har en medicinsk expertgrupp.

Expertgruppen läser och ger synpunkter på alla nya texter som skall publiceras i Fass. Särskilt granskas att

texten följer den godkända produktresumén och inte används som marknadsföringsmedel.

I Fass expertgrupp ingår professor Anders Rane, klinik farmakolog, professor Kurt Svärdsudd, allmänmedicinare, överläkare Christina Fabian, familjeläkare, överläkare Olle Nyqvist, kardiolog, professor Lars von Knorring, psykiater, överläkare Lars Löf, gastroenterolog, chefläkare Bo Ringertz, reumatolog, Astrid Forsström, apotekare, samt under-tecknad, infektionsläkare.

Skärp gärna kraven

Om Björn Beermann anser att Fass är att betrakta som ett »marknadsföringsmedel» måste ju skälet helt enkelt vara att LMV godkänner undermåliga produktresuméer med marknadsföringsinnehåll. Om LMV skärper sina krav för godkännande av produktresuméerna, vilka idag är av mycket växlande kvalitet, skulle även Fass-texterna tjäna på detta.

Sten Ivarsson

professor/överläkare, ordförande i Fass medicinska expertgrupp

Kommentar om hjärtsvikt:

Vi redovisade förbrukningen av resurser

Agneta Björck Linné, Hans Liedholm och Arne Melander kommenterar i Läkartidningen 20/00 vår artikel (sidorna 2465-70). Vi kan förstå att rubriksättningen kan ha upprört (rubriken sattes på förslag av Läkartidningen och godkändes av oss, men egentligen motsvarar vår ursprungliga rubrik »Primärvårdskostnaderna för behandling av hjärtsvikt kartlagda» innehållet bättre.)

Björck Linné, Lidholm och Melander tycks emellertid ha missuppfattat vår studie eftersom de skriver att »beskrivningen av studien ter sig lite väl teoretisk». För att klargöra: studien är en kartläggning av resursåtgång och kostnader orsakade av patienter med diagnostiserad hjärtsvikt som behandlades inom primärvården.

EKG hjälpmedel i diagnostiken

Vi redovisar i artikeln de faktiska resurser inom sjukvården som var direkt relaterade till diagnosen hjärtsvikt, så även sjukhusinläggningar. ABL-HL-AM menar att det är en »medicinsk

omöjlig uppgift» att diagnosen hjärtsvikt ställdes med hjälp av EKG hos 70 procent av patienterna.

Huruvida det är omöjligt eller ej tar vi inte ställning till, men av kartläggningen framkom att hos 70 procent av patienterna användes EKG som ett hjälpmedel i samband med diagnostiken.

Vidare, och som ABL–HL–AM sä-

kert vet, är det allmänt vedertaget att av utrymmesskäl redovisa tidigare arbeten och metoder med referens (i det här fallet kvalitetsutvecklingsprojektet DHIP – Diagnos hjärtsvikt i primärvården).

Visst önskar även vi delge läsarna alla detaljer i vår kartläggning, men tyvärr medges inte nödvändigt utrymme.

ABL–HL–AM frågar också vad vi egentligen vet om hjärtsviktpatienters

resursförbrukning. Syftet med studien är just att kartlägga resursförbrukningen, och det är exakt vad som redovisas i artikeln, varken mer eller mindre.

Irena Malmberg

hälsoekonom, AstraZeneca Sverige AB, Göteborg

Ulf Persson

fil lic, projektledare, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund

Kvalitetssäkring – vapensäkring – medicinskt färdigbehandlad Med Luther kan vi fråga: ”Vad är det?”

Nog skulle de tre orden – »Vad är det?» – under de olika budorden i Luthers katekes, den som vi äldre tröskade oss igenom under vår konfirmationsundervisning, också här vara på sin plats.

Vapensäkring

Vapensäkring behöver väl inte förklaras speciellt mycket. När vi använder vapensäkringen och säkrar vårt vapen går det inte att använda, även om »patron ur» är att rekommendera i sådana sammanhang.

Kvalitetssäkring

Vad kvalitetssäkring är har många ofta frågat sig. Om vi säkrar kvaliteten, vad i fridens dar gör vi då? Gör vi kvaliteten oanvändbar? Så är naturligtvis inte avsikten med begreppet, men tolkningen är oklar. Vi inom professionen förstår nog vad som egentligen avses, men begreppet ger ett statiskt intryck. Har vi en gång »säkrat» kvaliteten, är då allt gott och väl?!

Nu är det så att kvaliteten på vårt arbete – den produkt vi producerar – är, eller kanske mera korrekt, under inga förhållanden får vara statisk. Den måste ständigt förnyas. Det finns inget som är så bra att det inte kan göras bättre, och nya kunskaper och erfarenheter tillförs ständigt.

När det gäller centrala administrativa åtgärder börjar man tyvärr ofta bygga taket innan grunden är lagd. Så också här. Först måste vi naturligtvis se efter vad det är vi skall sätta en kvalitetsstämpel på. Vi måste självfallet börja med en produktkontroll, en beskrivning och analys av vad vi åstadkommer, innan vi kan sätta »bra», »acceptabelt» eller »dåligt» på det.

Vi som sysslat och sysslar med tu-

mörbehandling har gjort det lätt för oss genom väl beskrivna åtgärder (operativt, radioterapeutiskt, medikamentellt), god uppföljning och, framför allt, »hårda», relativt lättbeskrivna slutresultat.

Den medicinska verksamheten vid exempelvis vårdcentraler är däremot betydligt svårare att beskriva och dokumentera. På grund av de medicinska problemens stora mångfald och komplexitet har därför kontroll av kvaliteten oftast riktats mot administrativa och byråkratiska problem som exempelvis väntetider. Detta är självfallet också mycket viktigt.

Utmönstra »kvalitetssäkring»

Jag anser att begreppet kvalitetssäkring bör utgå och ersättas med något annat, om det nu skall behövas. Jag tror nämligen att professionen inte behöver »pekpinnar» eller egendomliga slogans. Det är mycket svårt att tänka sig att någon inom sjukvården verksam tycker om när sjuka människor inte får eller inte kan ges optimal vård.

Medicinskt färdigbehandlad

Så till medicinskt färdigbehandlad – vad är det? Professionen vet det naturligtvis, men tolkningar som görs utanför professionen är eller kan vara häpnadsväckande, för att inte säga kusliga.

Jag kanske har missuppfattat det hela, men agerandet från enheter utanför sjukhusen skrämmer mig.

Att en patient är medicinskt färdigbehandlad förefaller kunna tolkas som om ytterligare sjukhusvård och medicinska åtgärder inte är eller kommer att bli aktuella. Det som återstår är bara att avlägsna en eventuell pacemaker innan vederbörande rullas in i brännugnen el-

ler bäddas tre alnar i jord.

Jag tror att detta sätt att se på problemet med färdigbehandlade kan ha bidragit till den sk Ädelreformens haveri. (Att psykiatrireformen havererat har tydligen de flesta klart för sig. Att en mentalt retarderad yngling i »enskilt boende» har en A-lagare som sambo eller inneboende, för att ta ett konkret exempel, var väl inte vad man hade avsett!)

Underskattning av vårdbehovet

Vård i hemmet och enskilt boende tycks också ha varit ledstjärnan för kommunerna vid lösning av åldersvårdens problem. Detta är naturligtvis i och för sig positivt, men det förefaller som man grovt underskattat behovet av sängbunden vård – vård på vad som tidigare kallades kronikeravdelningar.

De flesta vill vara hemma i kretsen av sina kära när döden kommer, men detta är få förunnat. Många av oss drabbas av progredierande åldersförändringar och sjukdomar som kräver långvarig och mycket personalkrävande vård – vård som inte kan ges i hemmet.

Vårdarbetet i »dödens väntrum» är också både fysiskt och psykiskt mycket tungt för personalen. Jag hyser den största respekt för och uppskattning av deras sätt att arbeta, men att utestänga läkarkollektivet från dessa enheter och lägga ansvaret på socialtjänsten både när det gäller in- och utskrivningar och behovet av läkarkontakt är olyckligt.

Såvitt man inte kan eller inte enbart vill skylla på kraftigt minskande ekonomiska resurser har Ädelreformen dessvärre inneburit en försämring för många gamla och sjuka.

John-Erik Johnsson

pensionerad överläkare, Lund