

kerheten (t ex trombos- och antibiotikaprofylax vid kirurgi, centralisering av vissa kirurgiska ingrepp, riktlinjer för patientinformation, simulatorträning, ökad användning av streckkoder) bör tillämpas.

- Enheter som arbetar med patientsäkerhetsfrågor bör inrättas i varje landsting och på nationell nivå.
- Kulturen inom sjukvården måste förändras till en mera öppen attityd till patientsäkerhetsfrågor [5].

Sammanfattning

Att låta nuvarande attityder och strukturer fortleva är respektlöst och farligt för våra patienter. Vi måste visa för allmänheten att sjukvården tar patientsäkerheten på allvar, att skador och misstag i vården inte mörkläggs och att sjukvårdspersonalen inte täcker varandras ryggar. Vi måste vara trovärdiga i att vårt enda syfte är att minska misstag och skador i vården.

Våra förslag är måhända inte fulländade, men vi är övertygade om att det finns tillräckligt vetenskapligt underlag för en nyordning. Vi vill uppmuntra Läkarförbundet, och kollegor som instämmer och känner sig manade, att driva frågan. I synnerhet vill vi dock uppmuntra våra politiker att våga ta de initiativ som behövs för att skrota ett pennalistiskt och framför allt kontraproduktivt system till förmån för ett sant kvalitets- och säkerhetshöjande arbete.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ*. 2000;320:774-7.
2. Brown P, McArthur C, Newby L, Lay-Yee R, Davis P, Briant R. Cost of medical injury in New Zealand: a retrospective cohort study. *J Health Serv Res Policy*. 2002;7 Suppl 1:S29-34.
3. Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. *JAMA*. 2002;288:501-7.
4. Helmreich RL. On error management: lessons from aviation. *BMJ*. 2000;320:781-5.
5. Nolan TW. System changes to improve patient safety. *BMJ*. 2000;320:771-3.

Väntetiderna på BUP kan åtgärdas!

Dagligen kommer signaler om vårdköer och väntelistor från i stort sett hela sjukvården i vårt land. Olika politiska påbud och sjukvårdsadministrativa grepp skall råda bot på köerna och optimera tillgängligheten, men i verkligheten tycks problemen bara öka. På BUP Öst i Karlskrona finns sedan något år tillbaka – trots ökande besökssiffror – inte längre några köer.



PER ROSENQVIST
överläkare, verksamhetschef,
BUP Öst, Karlskrona
per.rosenqvist@ltblekinge.se

Vårt upptagningsområde utgörs av Karlskrona och Ronneby kommuner med tillsammans ca 90 000 invånare. Klinikens huvudsakliga förankring finns i Karlskrona med mottagning plus fem slutenvårdsplatser. Vi har dessutom en nyöppnad mottagning i Ronneby. Vi bedömer att de vanligaste kontaktorsakerna är beteendeförändringar till följd av störningar i relationerna till den närmaste omgivningen (föräldrar, syskon, kamrater etc), men vi ser givetvis också renodlade depressiva symtom, åtstörningar, neuropsykiatriska frågeställningar och någon enstaka psykotisk reaktion m m. Vi tror inte att det diagnostiska panoramat skiljer sig från det man ser på andra kliniker, vilket bekräftas vid jämförelser i NYSAM (Nyckeltal i samverkan).

Gemensamt beslut

Efter att i flera år ha lidit av köer och väntelistor togs beslut att på olika sätt försöka komma ur denna situation. Ett barn eller en familj som mår dåligt är i behov av hjälp nu och inte om ett antal månader. Alla ombads fundera på olika sätt att närma sig problemen. Flera förslag presenterades och ledde fram till ett förändrat arbetssätt.

Förändrat arbetssätt

Processen inleddes med att alla aktuella ärenden delades ut till terapeuterna, som fick ta kontakt och efterhöra vilka behov av kontakt som förelåg. Några ärenden var inte längre aktuella, andra behövde inte fortsätta efter en initial kontakt etc.

Tidigare hade vi en nyanmälningsskonferens i veckan, men nu började vi istället med fyra i veckan. Varje måndag, tisdag, torsdag samt fredag mellan kl 11.15 och 12.00 presenterades nyanmälningar. På onsdagar har vi administ-

rativ konferens kl 11.00–12.00. På varje konferens redogjordes för rådfrågningar per telefon, nyanmälningar, behandlingssfrågor och avslutningar. På så sätt skapades en överblick av det aktuella flödet. Det senaste året har konferensen på fredagar slopats utan att några negativa konsekvenser märkts.

Ökad rådfrågning med rådgivning

Många oroliga och ängsliga föräldrar ringer och berättar om problem med sitt barn eller i familjen och ber om råd etc. Att lägga mera tid på denna verksamhet kan spara många besök. Om rådgivningen inte får önskad effekt kan man höra av sig igen. Rådgivningsärenden sparas på speciell blankett i en pärm för att kunna tas fram vid förnyad kontakt.

Av tradition har ofta två terapeuter tagit sig an varje ärende – säkerligen ur ett familjeperspektiv för att skapa »balans i rummet«. Nu föreslogs att en terapeut kunde börja träffa familjen och vid behov kontakta en medterapeut. På så sätt frigjordes en del terapeutiska resurser.

En del ärenden tenderade att bli utdragna utan fortsatta framsteg. I det läget kan en sk evaluering eventuellt leda fram till att avslutning övervägs. Givetvis finns många ärenden där flera års kontakter är nödvändiga.

Fokusera på problemet

Att ringa in det aktuella problemet och arbeta strukturerat med detta vid ett begränsat antal tillfällen kan i många fall räcka. Särskilt gäller detta relationsstörningar inom familjen som beror på bristande respekt, gränssättningsvårigheter, svårigheter att lyssna, problem med konflikthantering etc.

Ej alltid bedömningssamtal

En nyanmälning sker för det mesta per telefon till den som »har nyanmälningarna« enligt schema.

På konferensen presenteras ärendet och någon tar sig an det. Det är då upp till denna terapeut att handlägga ärendet på

det sätt han/hon tror är bäst. I de flesta fall klarar man av ärendet själv men i enstaka fall kallas medterapeut in, och i något annat fall har byte av terapeut blivit aktuellt. På detta sätt sparas tid, patienten slipper berätta allt för ytterligare en person och terapeuterna får större ansvar och individuell frihet. Traditionella bedömningssamtal sker numera endast i undantagsfall om det t ex råder oklarheter kring diagnostik, motivation etc. Däremot kan man ju behöva några samtal innan man riktigt bestämmer sig för hur man vill gå vidare.

Mellanvården

I samband med en omorganisation skapades den s k Mellanvården, som består av en behandlingsassistent (fritidsassistent), en sjuksköterska, två skötare i Karlskrona och en skötare i Ronneby. Syftet är att förhindra inläggning i slutenvård och/eller att påskynda utskrivning. Mellanvården skall vara ett steg i en utslussning men också erbjuda alternativa terapiformer såsom pojkr- respektive flickgrupp, bildterapi, taktill massage, hembesök, göra någon aktivitet tillsammans med kontaktnan etc.

Man har tillgång till en lägenhet i centrala stan. Alla ärenden lämpar sig inte för traditionell samtalsbehandling. Personal till Mellanvården frigjordes genom att man minskade antalet slutenvårdsplatser från sju till fem. Personalen i Mellanvården jobbar 70 procent i öppenvård men har kvar 30 procent i slutenvård (för att upprätthålla bemanningen kvällar, nätter och helger).

Förebyggande vård

För ett år sedan inledde vi vår första COPE(Community Parents Education)-utbildning, som riktar sig till »föräldrar med svårhanterliga barn» och där föräldrarna får diskutera olika problemområden med hjälp av videomaterial.

Ändrat förhållningssätt

De små förändringar som nämnts är uttryck för en vilja till förändrad syn, en önskan att ta sig ur det förlamande grepp som långa köer och väntetider leder till. I Karlskrona inleddes denna process för några år sedan och tog omkring ett halvt år. Sedan ca 1,5–2 år föreligger inga väntetider vid BUP Öst i Karlskrona. Nyanmälningar presenteras på nästföljande konferens då de delas ut. Det händes någon enstaka gång att ett mera komplicerat ärende får vänta ytterligare en konferens innan vi hittar lämplig terapeut. Den vårdökande kan oftast beredas tid inom 1–2 veckor.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Sjukvårdens ointresse för näringsämnenas effekter måste brytas

Påståendet att en väl sammansatt kost är tillräcklig för optimal hälsa måste problematiseras. Bland allmänheten finns ett stort intresse för dessa frågor. Däremot är det är mindre inom sjukvården, vilket kan bidra till att patienter väljer komplementär eller alternativ behandling. Kunskap från konventionell och komplementär medicin måste integreras för att sjukvården ska bli trovärdig på kostområdet.



BO H JONSSON

med dr, institutionen för klinisk neurovetenskap, sektionen för psykiatri S:t Görnan; enhetschef, överläkare, Norra Stockholms psykiatri bo.jonsson@sll.se



PER DALÉN

med dr, docent, Viken pdalen@algonet.se



KARL-E. ARFORS

professor, Stockholm karl.arfors@ccmi.salk.edu

Att det finns risker med stora doser av vissa vitaminer under lång tid är välkänt. För kosttillskott, läkemedel och andra åtgärder behövs kunskap om effekter och bieffekter, och allt måste vägas samman i en helhetsbedömning.

Becker [1] påpekar att två aktuella metaanalyser [2, 3] av kosttillskott har brister, men hävdar ändå att resultaten entydigt talar emot positiva effekter! Motstridiga forskningsresultat behöver analyseras kritiskt. En av metaanalyserna, Bjelakovics [2], inkluderade studier med så olika behandlingar och populationer att arbetet avviker från grundläggande kriterier för metaanalyser [4]. Att sammanföra studier av olika antioxidanter med stora skillnader sinsemellan är som att blanda äpplen och päron. Hos Miller och medarbetare [3] domineras materialet av patienter med sjukdomar eller personer i riskgrupper. Författarna nämner att det finns olika former av vitamin E, men återkommer ej till detta. En nyligen publicerad översiktsartikel anger betydligt bättre säkerhet för vitamin E i högdos [5].

Problem med interventionsstudier

Idag kritiseras epidemiologiska studier för att de ofta har tveksamt värde [6],

men det gäller även randomiserade behandlingsstudier [7]. En ofta anförd förklaring när interventionsstudier inte varit framgångsrika är att en väl sammansatt kost innehåller fler nyttigheter i ett naturligt sammanhang än vad supplementering med enstaka näringsämnen erbjuder. Men interventionsstudier har andra problem. Mångmiljonbelopp har satsats på studier där patientgrupper fått enstaka antioxidanter i inadekvata behandlingsdoser. Två engelska forskare hävdar att man i merparten av behandlingsstudier med vitamin C inte tagit hänsyn till att askorbinsyra i högdos har en halveringstid i plasma på bara en halvtimme [8]. Därför kan askorbinsyra 100 mg \times 5 vid sjukdomsbehandling vara effektivare än 1 000 mg \times 1.

Vid användning av essentiella näringsämnen är det viktigt att klart skilja behandling av sjukdom från prevention av de ursprungligen beskrivna brist-sjukdomarna, vilka ej är vanligt förekommande i Sverige [9]. Men enskilda näringsämnen deltar och samverkar i mängder av olika biokemiska förlopp.

Är allsidig kost tillräckligt?

Sedan decennier har hävdats att officiellt rekommenderad kost tillför nödvändiga näringsämnen i tillräckliga mängder. En bra kost är, tillsammans med andra livsstilsfaktorer, betydelsefull för individens totala hälsa. Men utifrån ett antal faktorer kan man idag ifrågasätta huruvida en väl sammansatt kost är tillräcklig för optimal hälsa.

1. Begreppet rekommenderat dagligt intag förknippas gärna med föreställningen att alla människor har ungefär samma behov av enskilda näringsämnen. I medicinsk forskning görs ofta ett underförstått antagande att en tänkt genomsnittsindivid kan representera en grupp, eller alla människor, oavsett fördelningen inom populationen. Men i klinisk verksamhet beh-