

ljusglimtar i det nya, men bara som glimtar, inget som i sin helhet kan ersätta det gamla, det som utgjorde min identitet.

Hoppas bidra till besinning

Jag hoppas att mina erfarenheter kan bidra till besinning hos de av mina kollegor som lockats med i flocken kring maktutövare som stoppar huvudet i sanden. Man vill slippa se vidden av samhällsproblemet traumatiska skador på centrala nervsystemet. Det duger inte att mynta begreppet pisksnärtsskada (vad i hela världen är det?), med den märkliga fördunklingen WAD som bisats, och på så sätt vara behjälplig med att förringa ett diagnostiskt problem av en tidigare okänd skada.

Under min läkarutbildning på 1960- och 1970-talen inpräntades vikten av att vid olyckor a priori skydda hjärna och ryggmärg, att skador på dessa strukturer måste uteslutas innan fokus flyttas till annat – cirkulation och andning undantaget. Människans anatomi och fysiologi har inte förändrats under de gångna åren, men vår kunskap har ökat.

Ordets makt över tanken

En pisksnärtsrörelse i Halsryggraden kan tolkas som harmlös, men tänk om ordets makt över tanken har fördunklat vårt sinne och fört tänkandet in på fel spår? Tänk om våldet mot kroppens svaga punkt i övre nackleden bryter av den, knäcker den, och kraften i slaget mot huvudet i själva verket ger upphov till sådana kroniska hjärnskador som beskrivs vid proffsboxning (Läkartidningen 36/2005, sidorna 2468-75)? Den ofarliga pisksnärten kan få vara det som återstår när farliga skador i nacken uteslutits. Då först kan knycken jämföras med en fotledsdistorsion som förväntas läka ut.

Det måste vara galet att vi läkare lämnar över diagnostiserandet av livsfarliga tillstånd till allmänhet och försäkringsbolag. Vi är skyldiga att lyssna på och noga undersöka den olycksdrabbade patienten och att vid behov rådfråga andra för att finna en diagnos för att hjälpa den skadade så långt som låter sig göras.

Vi har inte rätt att tycka att vi själva vet allt som behöver vetas, eller att läkare i andra länder är okunnigare än vi. Det är felaktigt att vaggas till ro i tron att ett visst trauma alltid ger upphov till en viss sorts skada, som ska bedömas och behandlas enligt en uppjord lista.

Vi får inte glömma bort den vetenskapliga nyfikenheten inför det okända, att se patienten som bärare av en hemlighet som vi ska söka svaret på. Vem ska annars göra det? •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Patientskador är betydligt vanligare än trafikskador – och dyrare

I Läkartidningen rapporterar två utredare från Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi i Lund (IHE) en mycket intressant studie om kostnader för skador orsakade inom sjukvården [1]. Retrospektivt detaljstuderades 48 patienter med behandlingsorsakad skada. Man räknade ut de extra kostnader som skadan orsakat under åtta år. Korrekt uppger man att metoden inte kan fänga upp alla kostnader och att beräkningen således blir i underkant.

Problematisering jämförelse med trafikskador

Författarna får dock problem när de försöker relatera patientskadornas samhällsekonomiska betydelse, genom att jämföra med de totala kostnaderna i Sverige för trafikskador. »Trots att patientskador i sjukvården i genomsnitt är dyrare än trafikskador leder deras relativt begränsade antal till att sjukvårdens skador totalt sett är ett mindre samhällsekonomiskt problem än trafikolyckorna.«

Att estimerar antal patienter som överlever sjukhuskrävande trafikskador kan ju inte vara en oöverstiglig svårighet, eftersom de i samband med traumavården registreras som trafikskador. Att beräkna incidensen patientskador blir avsevärt svårare, eftersom de sällan registreras och oftast sannolikt inte ens uppfattas som sådana.

Författarna antar att incidensen inte överstiger de ca 9 000 anmälningar som årligen inkommer till patientförsäkringen Personskadereglering AB (PSR). De skulle därmed vara påtagligt färre än trafikskadorna. Övriga data ur författarnas egen artikel talar dock för att det är en grov underskattning.

Vad statistiken säger

Man hänvisar till Landstingsförbundets statistik för år 2002 och anger bl a att antalet slutenvårdstillfällen i Sverige är 1,4 miljoner [2]. Senare i artikeln refererar man till en brittisk studie som funnit att ungefär 10 procent av inlagda patienter vårdas där för behandlingsorsakade skador, varav hälften hade kunnat förebyggas [3]. Omräknat till svenska förhållanden skulle det innebära att årligen vårdas svenska patienter för behandlingsskador vid 140 000 vårdtillfällen, varav 70 000 hade kunnat undvikas. Observera att siffrorna baseras på data ur IHE-utredarnas egen artikel. En numera klassisk amerikansk rapport från 1999 uppmärksammade att patientskador är en vanligare dödsorsak än trafikskador [4]. Rimligen gäller det förhållandet även i Sve-



Skador orsakade inom sjukvården är förmodligen underrapporterade, anser artikelförfattaren. (Personerna på bilden har inget direkt samband med artikeln.)

rige och vid skador där de drabbade överlever.

Vardagligt kliniskt patientsäkerhets- och kvalitetsarbete har tyvärr i realiteten fortfarande låg status, ofta på grund av att kortsiktiga budgetmål lämnas företräde. Trots senare års ökad uppmärksamhet på sjukvårdens behov av säkerhetsarbete har vi inte kunnat se annat än marginella förbättringar. Inte minst saknas intresse för övergripande systemfel [5]. I brist på empati för de skadades lidande behöver sjukvårdens ledningsansvariga få andra incitament för att vilja prioritera annorlunda.

Olycklig konklusion

Författarnas kostnadsberäkningar för enskilda patienter är ett viktigt inlägg i den fortlöpande prioriteringsdiskussionen. Men den olyckliga och felaktiga konklusionen avseende problemets totala ekonomiska storlek kan i värsta fall medföra tolkningen att skattepengar gör mer nytta om de satsas på vägar än på sjukvård.

Bengt Novik

överläkare, kirurgiska kliniken, Skaraborgs sjukhus, Sjukhuset i Falköping
bengt.novik@vgregion.se

Referenser

1. Persson U, Svensson M. Patientskador i svensk sjukvård får långvariga samhällsekonomiska effekter. Den enskilda skadan är dyr, men totalantalet skador är relativt litet. Läkartidningen 2005;102:3020-5.
2. Sjukvårdsdata i Fokus. Stockholm: Landstingsförbundet; juli 2004. <http://sjvdata.lf.se/sif/tabellerC.asp>
3. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMJ 2001;322:517-9.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: Institute of Medicine, The National Academy Press; 1999.
5. Leape LL, Berwick DM. Five years after to err is human. What have we learned? JAMA 2005;293:2384-90.

Replik på nästa sida.