

försöksetiska nämnderna ska ange vilka paragrafer i Djurskyddsförordningen som ett visst försök är ett avsteg ifrån; att sådana avsteg ska göras enbart när det är »absolut nödvändigt«; samt att vi genom föreskrifter vill att nämnderna ska ange kriterierna för sådana avsteg. Detta är dock sådant som i allt väsentligt gäller redan idag.

Jag har svårt att förstå Lundgrens kritik mot att vi vill förkovra nämndernas ledamöter i den lagstiftning som reglerar den djurförsöksetiska prövningen, och varför det skulle vara så problematiskt att vi föreslagit att beslut om avsteg från Djurskyddsförordningen i vissa sällsynta fall (när det gäller användande av lantbrukets djur) ska föregås av ett sam-

Replik:

Etik – inte juridik och byråkrati

Djurskyddsmyndighetens ledning pläderar för mer juridik och byråkrati – vilket snarast förflackar den etiska bedömningen.

De som läser Matz Hammarströms svar här ovan ser vad det handlar om. Jag hävdade i min artikel i Läkartidningen 46/2005 (sidorna 3480-1) att etisk bedömning av djurförsök är knepig. Hammarström väljer att misstolka resonemanget kring detta som att »bara att säga ja till alla djurförsök«.

Nämnderna ska bedöma om djurförsök är etiskt acceptabla. De väger en kunskapsvinst mot den skada som drabbat försöksdjuren. Det bör inte vara en fråga om ja eller nej enligt alltmer detaljerade regler, utan främst en etisk reflexion. Även skadan av utebliven nytta ska vägas in.

Det Djurskyddsmyndighetens ledning arbetar för är att inskränka de djurförsöksetiska nämndernas auktoritet ge-

råd. Beslutsmakten ligger fortfarande på de etiska nämnderna.

Det är inte fråga om att »göra om den etiska prövningen till en procedur där prövningen inte avser moraliska principer utan förmågan att följa lagar och föreskrifter«. Vad det handlar om är att dels öka kunskaperna om det regelverk man har att följa vid den etiska avvägningen och vilka alternativa metoder som finns tillgängliga, dels stärka det administrativa beredningsarbetet så att nämnderna kan ägna sig åt den etiska avvägning mellan djurens lidande och försökens samhällsnytta som är deras huvuduppgift.

*

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

nom att avkräva dem detaljerade utlåtanden, och ibland en dialog med myndigheten. Kurser i regelsystemet eller administrativ hjälp, dvs mer juridik och byråkrati, gör snarast att den etiska bedömningen förflackas.

De djurförsöksetiska nämnderna har ett stort förtroende i forskarsamhället. Det är viktigt att detta förtroende bibehålls – för djurskyddets och den vetenskapliga forskningens skull. Matz Hammarström tycks dock sakna respekt för vad detta förtroende betyder. De synpunkter från forskare som framförts med anledning av pågående översyn av Djurskyddsförordningen har knappast beaktats. Däremot finns många av de åtgärder som föreslås även på Djurens Rätts agenda.

Vi har politiskt tillsatta generaldirektörer. Hammarström är bara naiv när han försöker övertyga oss om att det inte skulle finnas kontakter mellan regeringen och dess generaldirektörer. Vi känner också till miljöpartiets taktik att utnyttja budgetförhandlingar till att driva sina frågor. Hanteringen av minkfrågan – där regeringens proposition följde Hammarströms förslag trots att myndighetsstyrelsen gick emot – bär syn för sägen.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Erik Lundgren är ledamot av Vetenskapsrådets nämnd för försöksdjursvetenskap samt i Djurskyddsmyndighetens vetenskapliga råd.*

Så minskas riskerna vid påkörning bakifrån

Ulla Bergholms skildring i LT 45/2005 (sidorna 3400-2) av sina plågor efter en bilolycka 1998 berör mig djupt, liksom det upprörande i hennes maktlöshet gentemot försäkringsbolaget. I skildringen av olycksförloppet finns dock en detalj som bör belysas för att minska risken att andra råkar lika illa ut.

Hon skriver: »Jag hinner uppfatta, vid en rutinmässig blick i backspegeln, den osannolika situationen att en bil kommer i full fart mot mig trots att det är rött ljus. Jag undrar varför den inte bromsar. Jag tror att jag hinner lyfta foten från bromspedalen ...«

Vid en konferens om trafikskador för några år sedan togs just detta problem upp: Vad göra om man ser att man själv, i stillastående bil, strax blir påkörd bakifrån och inte själv kan undvika detta. Rekommendationen var: »Pressa Dig mot rygg- och nackstöd och trampa hårt på bromsen.«

De flesta inser direkt att accelerationspåfrestningarna på nacken blir mindre om kropp och huvud redan har tät kontakt med rygg- respektive nackstöd när smällen kommer bakifrån. (Av samma skäl har moderna bilar bältestreckare. Åtstramningen gör att kroppen inte hinner accelerera lika mycket innan den fångas upp av bältet. Detta minskar påfrestningarna på såväl bälen som nacken.)

Det kan ta lite längre tid att inse att accelerationspåfrestningarna faktiskt också blir lägre om man hindrar sitt eget fordon från att slungas iväg vid kollisionen – eller minskar dess hastighet, om det ändå slungas iväg. Men så är fallet, och skaderisken minskar i motsvarande grad.

Jag är fullt medveten om att dessa rader inte lindrar Ulla Bergholms plågor ett vitten. De kan till och med lägga ytterligare sten på hennes börda. Om så är fallet, ber jag henne förlåta mig. Samtidigt tror jag att hon och jag är överens om att om en enda läsare slipper konsekvenserna av en svår whiplashskada efter att ha läst dessa rader så är de berättigade.

Bror Gårdelöv

överläkare, Linköping
Bror.Gardelov@lio.se



ERIK LUNDGREN
professor, molekylärbiologi,
Umeå universitet
erik.lundgren@molbiol.umu.se

Sjukvården en högriskindustri – information nu bättre än nya studier

Den nyligen publicerade studien av hälsoekonomiska konsekvenser av patientskador visar att patientskador förutom lidande för patienten även kostar mycket pengar för samhället [1]. Författarna, Ulf Persson och Marianne Svensson, gör även en jämförelse med trafikolyckor och menar att antalet patientskador utifrån PSRs (Personskadereglering AB) material är lågt.

Journalstudier har gjorts i flera länder, nu senast i Kanada, med målet att kartlägga hur ofta tillbud sker i vården [2]. Risken att vid ett vårdtillfälle drabbas av ett tillbud som hade kunnat undvikas är i storleksordningen en på hundra. Som jämförelse kan nämnas att kärnkraftsindustrin samt flygindustrin genom sitt säkerhetsarbete har uppnått tillbudsfrekvenser på närmare en på miljonen. Arbetet med att bygga upp säkerhetssystem i vården har bara börjat. Det är tydligt att vi har mycket att lära från andra industrier vad gäller strategier för att förebygga skador [3].

Trafiksäkerhet, som har lyfts upp i Perssons och Svenssons studie som ett exempel, ligger nära sjukvården vad gäller tillbudsfrekvenser. Skillnaden är att om man följer trender över tid i trafiksäkerhetsdata så sjunker antalet allvarliga skador och dödsfall [4].

En liknande utveckling kan inte ses i antalet anmälda patientskador. Det finns ingen nedgång vad gäller antalet dödsfall, ca 70 anmälningar per år. Vad gäller svåra skador blir jämförelsen svårare då det kan ta många år att fastställa invaliditetsgraden, men även här ser antalet allvarliga skador ut att ligga stilla under de senaste åren.

Oavsett metod för att skatta frekvens av skador eller tillbud hamnar man i en mättningsproblematik. Säkerhet, i sig, är en icke-händelse – det vill säga att man har fungerande barriärer i organisationen som förhindrar att de tillbud som sker leder till skada för medarbetare eller patienter.

Vidare lider alla system av underrapportering av tillbud eller skador. Vår forskargrupp arbetar sedan ett par år med att analysera Patientskaderegisters data med avseende på skadetyp, anmälningsfrekvenser för olika specialiteter och sjukhusorganisationer. Av de tillbud som leder till skada rapporteras bara en bråkdel. Anmälningsfrekvens till

PSR för åren 1996–2003 är ca 0,2 procent av vårdtillfällena [5].

Sjukvården har flera olika system för att fånga upp rapporter om skado HSAN, Lex Maria, PSR, patientnämnder, sjukhusinterna avvikelserapporteringssystem samt kvalitetsregister. Vi ser bara toppen av isberget i våra registersystem och förmodligen olika delar av toppen i olika register.

Diskussion

Trafiksäkerheten är ett resultat av systematiskt säkerhetsarbete samt av att allmänheten medvetandegjorts om risker samt hur man kan undvika skador eller dödsfall. Vi behöver utveckla tillförlitliga indikatorer som stöttar säkerhetsarbetet i hälso- och sjukvården och som det går att lära av samt handla utifrån. Jag ställer mig dock frågande till om ytterligare kartläggningar eller skattningar av en »sann« skadefrekvens för sjukvården leder framåt.

De studier som finns pekar på att problemet med patientskador är reellt och att sjukvården är en högriskindustri. Kanske ska vi fokusera mer på hur vi till kollegor och beslutsfattare kan förmedla den information vi redan har så att patientsäkerhet får hög prioritet bland andra drivkrafter för verksamheten?

Karin Pukk

läkare, doktorand,
Medical Management Centrum,
Karolinska institutet
Karin.Pukk@ki.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. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, Etchells E, et al. The Canadian Adverse event study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004;170:1678-86.
3. Amalberti R, Auroy Y, Berwick D, Barach P. 5 system barriers to achieving ultrasafe health care. *Ann Intern Med* 2005;142: 756-61.
4. Vägverket. Personskadeolyckor 1985–2004. Polisrapporterade vägtrafikolyckor efter svårhetsgrad och skadade personer efter skadegrad. 1985-2004. http://www.vv.se/templates/page3wide_2068.aspx
5. Pukk K, Lundberg J, Penalzoza-Pesantes PV, Brommels M, Gaffney FA. Do women simply complain more? National patient injury claims data show gender and age differences. *Qual Manag Health Care* 2003;12:225-31.

Bra att vi kan söka vård utomlands

Som kirurg och anställd i Stockholms läns landsting sedan många år och intresserad av sjukvårdspolitik, tycker jag att det är bra att svenska medborgare kan söka vård utomlands. Detta är ett sätt att kringgå de förbud och restriktioner som stat och landsting lägger på vården i Sverige. Det är dessa alternativ som behövs för att få ökad mångfald och bättre tillgänglighet till vård för medborgarna.

Det tråkiga är att det inte tillåts i Sverige. Vi vet ju alla hur svårt det är för en privat vårdgivare att få vårdavtal med landstinget som har monopol på finansiering och således är den enda »köparen« i leken »köp och sälj« som förekommer på många håll i Sverige. Allt i rättvisans tecken eller som förre socialministern Lars Engqvist sa »Ingen ska få komma och förstöra vår fina Svenska sjukvård«.

Bo Westman

överläkare, allmän kirurgi,
Södertälje sjukhus
vildawestman@telia.com

Ska vi tillåta att ordet sjukdom mönstras ut?

På Uppsala Akademiska Sjukhus har man nyligen infört ett nytt datorbaserat journalsystem – Cambio Cosmic. I det systemet har man ersatt ordet sjukdom med ordet hälsoproblem – tidigare hälsoproblem – nuvarande hälsoproblem och aktuellt hälsoproblem.

I dessa dagar kan man alltså på det akademiska sjukhuset i Uppsala finna gamla kloka neurokirurger diktera »aktuellt hälsoproblem anaplastiskt oligodendrogliom«.

Tillåter den svenska läkarkåren att ordet sjukdom mönstras ut?

Tomas Risberg

neurolog,
Erstagårdskliniken, Stockholm
tomas.risberg@silent.se

Vi bör skriva ut de läkemedel vi själva skulle vilja behandlas med

Vi läkare bör vara kostnadsmedvetna när vi skriver ut läkemedel. Våra läkemedelskommittéer hjälper oss med vårdprogram och rekommendationer för olika sjukdomstillstånd. När läkemedelsbudgeten påverkar sjukvårdsdistriktets ekonomi är det angeläget att få medel över för andra önskvärda sjukvårds-satsningar.

Detta är nog väl, men vi skall ändå stanna upp och tänka till. Vi skall i vår läkaretik handla så att vi skriver ut det läkemedel som vi skulle själva vilja behandlas med om vi vore i patientens situation. Vi skall inte bara se det aktuella läkemedlet isolerat utan se helheten för patienten och även effekten på samhälls-ekonomin utanför sjukhusets väggar.

Några exempel: Många läkemedels-

kommittéer rekommenderar eller har rekommenderat blodtrycksmedel med begränsad effekt och med biverkningar som ger depressioner och andra biverkningar som luftrörsproblem, nästäppa och impotens. Läger man till kostnader för sjukskrivningar och kompletterande behandling med mediciner för luftrören, nasala steroider för nästäppan och mediciner för depression kan summan bli högre än om man skrivit ut dyrare läkemedel med få biverkningar. Blir patienten dessutom mer muntorr kan tandläkarräkningarna skjuta i höjden.

Många läkemedelskommittéer påhejade av landstingsledningen arbetar med att få ned förskrivningen av Imigran för migrän. Om ett läkemedel kostar 100 eller ett par hundra kronor mer är det små

kostnader i jämförelse med vad det kostar när en kvinna får ett par dygns pulserande huvudvärk med illamående, kräkningar, ljuskänslighet och blir ur stånd att gå till arbetet eller ta hand om sina barn. För några hundra kronor får man inte många timmars sjukskrivning.

Vi läkare måste mer se helheten kring patienten och stirra mindre på vad själva läkemedlet kostar. I vår etik bör ingå att vi skall skriva ut de läkemedel vi själva skulle vilja behandlas med om vi var i patientens situation.

Marie-Louise Ekholm
överläkare, landstingspolitiker (m),
ledamot av Försäkringskassans
delegation F län
marie-louise.ekholm@lj.se

Angående SSRI-preparat

Jag läste på »Debatt« i Läkartidningen 50–52/2005 (sidorna 3926-7) inlägg och kommentar om SBU:s rapport om behandling av ångestsyndrom. Jag har egen erfarenhet av både psykoterapi och farmakologisk behandling, och det har många med mig, vilket jag senare har lärt.

Det är avgörande att metoder granskas så att de står på en vetenskaplig grund. Har Freud granskats? Inte vad jag vet. Jag ser hans bidrag snarare som skönlitteratur än vetenskap, och i mitt fall har det förlängt återkomsten till ett värdigt liv.

Själv är jag läkare sedan flera år. Jag har sett mig som välfungerande, alltid skött mitt mottagningsarbete, operationsprogram, föreläsningar, utbildning och allt annat som ingår i läkaruppgiften. Jag hade få eller inga sjukdagar på årtionden tills jag för ett antal år sedan drabbades av brakångest. Generaliserad ångest. Jag kunde inte sova, inte operera, inte ha mottagning och kunde inte gå på fest. Fick panikångestattack bara av tanken på att gå till operationssalen eller hålla en föreläsning.

Jag sökte en erfaren psykiater. Han var välmående och förstående, föreslog sömnpiller samt psykoterapi. Under ett år gick jag hos en mycket erfaren psyko-terapeut med en seans i veckan. Jag gick

också på återbesök hos psykiatern och han kunde se hur jag mådde. Trots allt detta blev sömnen sämre och sämre. Jag tog sömnmiddel var eviga natt, som kanske gav mig högst 5 timmars ro. Jag hade en ständig ångest lika stark som den man känner när man så när håller på att köra över en fotgängare med bil.

Efter ett års lidande, då jag inte såg en snutt förbättring utan bara försämring, ringde jag min vän psykiatern (en annan än den jag gått hos) och berättade hur jag mådde. Han sade med en gång: »Så här skall du inte ha det.« Då vågade jag ställa krav på den behandlande psykiatern: »Jag vill inte ha det så här längre, jag vill ha tillbaka livet.« Då blev det SSRI.

Efter åtta veckors behandling kom sömnen tillbaka. Och lugnet. Och jag kunde sköta mitt arbete igen utan ständig ångslan. Jag fortsatte med de psyko-dynamiska seanserna ett år till. Och lite kognitiv beteendeterapi också, kanske tio gånger.

Jag har flera gånger försökt att successivt sätta ut SSRI, men misslyckats. Symtomen som preparatet insattes för smyger på igen. Visst har medicinen biverkningar, men hallå! hur var det utan? Vad var det för liv? Ett ganska enkelt val – eller hur?

N N
(Signaturens identitet
är känd av redaktionen.)

Onödigt skrämna patienterna

De gröna lungor som visades på omslaget till LT 49/2005 med text: »Biologiska läkemedel mot reumatisk sjukdom kan ge lungfibros« tangerar kvällstidnings-journalistik. Sedan slutet av 1990-talet har tusentals patienter med reumatoid artrit (RA) i Sverige behandlats med TNF- α -hämmare. Därmed har deras livskvalitet radikalt förändrats till det bättre. Dessa patienter skräms nu helt i onödan på grund av ovanstående redaktionella hantering av sex fallbeskrivningar.

Alla sex patienterna i artikeln av Birgitta Tengstrand och medarbetare hade känd lungfibros före behandlingen. Lungfibros är en känd extraartikulär manifestation vid RA. På sin höjd kan man konkludera att TNF-blockad möjligen inte har effekt på lungfibros vid RA.

Självfallet ska man vara uppmärksam på allvarliga biverkningar vid nya behandlingar, vilket genom svenska reumatologers registerhantering sker på ett föredömligt sätt.

Bjarne Hansen
docent, överläkare

Christina Book
överläkare; båda vid reumatologiska sektionen, invärtesmedicinska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
christina.book@med.lu.se