

## 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](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 sjukvårdssatsningar.

**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-ekonomi 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 kvällstidningsjournalistik. Sedan slutet av 1990-talet har tusentals patienter med reumatoid artrit (RA) i Sverige behandlats med TNF- $\alpha$ -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