

## Föråldrade tankar om patientsäkerhet från förra HSAN-chefen provocerar

Intresserat läste jag förra HSAN-chefen Anita Werners debattartikel om Socialstyrelsens förslag till förbättrad patientsäkerhet i LT 14/2006 (sidorna 1084-5). När hon skriver att Danmarks framsynta patientsäkerhetslag är tveksam från »patientsäkerhets- och rättssäkerhets-synpunkt« blir jag förvånad. Jag menar att det danska förslaget skapar en förbättrad patientsäkerhet genom att fler misstag inom sjukvården blir kända.

När hon i nästa mening utan sakargument skriver att förslaget rimligen ökar anmälningsbenägenheten i offentlig, men inte i privat driven sjukvård sätter jag morgonkaffet i vrångstrupen! Hög patientsäkerhet genom ständiga förbättringar av verksamheten är lika viktig för privata som för offentliga vårdgivare.

**Anita Werner skriver** om vikten av att »man upprätthåller respekten för det personliga ansvaret inom sjukvården«. Sjukvårdens medarbetare är legitimerade och har därmed ett tydligt personligt ansvar. Ett repressivt system medför att man sopar fel och brister under mattan och hoppas på att undgå upptäckt. Om piloter skulle ha agerat så hade flyget inte varit säkrare än sjukvården är idag. Då skulle vart tionde flygplan störta eller på annat sätt medföra skada för passagerarna!

Det är inte i HSAN eller i patientnämnder som det verkliga arbetet med förbättrad patientsäkerhet sker – det sker ute i sjukvården genom ett systematiskt avvikelsearbete.

**Socialstyrelsens förslag** är bra, men kan förbättras ytterligare:

- Förslaget innebär att avvikelser anmälda inom 7 dagar inte kan anmälas vidare till HSAN för prövning av en-



skilt ansvar. Samtidigt skall vårdgivaren inom 60 dagar anmäla till Socialstyrelsen. Tag bort sjudagarsgränsen! Händelser som inte är anmälda inom utsatt tid riskerar att sopas under mattan precis som i nuvarande system.

- I enlighet med säkerhetstänkandet i SOSFS 2005:12 bör det införas en skyldighet för HSAN att anmäla ärenden som rör brister i verksamhetens säkerhetssystem till Socialstyrelsen för utredning.
- En Lex Maria anmälan är offentlig så snart den nått Socialstyrelsen. Pga. rädsla för att bli uthängd offentligt kan detta begränsa viljan att anmäla. Låt Lex Maria anmälningar vara offentliga, men först efter att Socialstyrelsen utrett färdigt.

**Ett modernt säkerhetstänkande** betonar organisationens ansvar. Det är verksamheten som skall säkerställa att dedikerad vårdpersonal inte orsakar skada i sitt engagerade arbete för patienternas bästa. Sjukvården blir inte säkrare genom att vi stoppar huvudet i sanden och väljer att inte se alla de farliga händelser som sker varje dag. Detta gäller oavsett om vården drivs i privat eller offentlig regi.

**Björn Zackrisson**  
medicinsk chef,

Capio Sjukvård Norden AB, Göteborg  
bjorn.zackrisson@capio.se

## Skabb, nu igen!

Under min tjänstgöringstid hände det tre gånger att jag smittades av skabb. Första gången smorde jag in mig efter konstens alla regler och kände mig kladdig och illamående. De följande gångerna gjorde jag så här: Jag duschade noga morgon och kväll och »rollade« därefter över skabbangreppen med Mum – och vid minsta klåda däremellan, dit med

Mum-rollern! Och har man sett, de små livan blev mumifierade, lätt och enkelt med denna punktbehandling.

Jag vidarebefordrar denna erfarenhet till Läkartidningens läsekrets och hoppas på kommentarer!

**Sonja Danielsson**  
pensionerad distriktssköterska, Fredrika

## Citalopram bör inte vara förstahandsval

Med anledning av senaste upplagan av den s k Kloka listan i Stockholms läns landsting och marsnumret av Ögat på läkemedel (nr 130) har jag några kommentarer vad gäller psykiatrisk farmakologisk behandling, enligt Kloka listan sidorna 23-4.

**Sömnstörningar:** Zolpidem tycks ofta ge alltför kort sömn med backlash-liknande uppvaknanden.

**Ångestsyndrom:** Citalopram förlorar alltför ofta sin effekt efter en tid, påtagligt oftare än andra SSRI-preparat, och borde inte vara förstahandspreparat. Vid generaliserat ångestsyndrom har venlafaxin betydande evidensstöd, liksom paroxetin, snarare än sertralín (Textbook of Psychopharmacology, American Psychiatric Publishing, 2004; SBU-rapport nr 171/1 Behandling av ångestsyndrom).

**Depression:** Samma invändning mot citalopram som ovan.

**Bipolär sjukdom:** Det är nog bara experterna i Läksak som kan behandla bipolär sjukdom med litium enbart. Vid akut behandling krävs mer, t ex tillägg av snabbverkande neuroleptikum och därefter av atypiskt neuroleptikum, som olanzapin, vars biverkningar är lindriga (bortsett från risken för viktuppgång). Vidare behövs inte sällan tillägg av s k mood stabilizers om manin övergår i depression, t ex lamotrigin. I denna situation är vanliga antidepressiva fortfarande omdiskuterade, på grund av risken för utlösande av mani.

**Oroande är att ekonomiska aspekter** på läkemedelsvalet tycks vara alltför högt prioriterade av Läksak, på bekostnad av evidens och erfarenhet. Med andra ord behövs fortsatt revision av en god idé, så att den kan ligga till grund för professionell behandling inom psykiatri. En intressant kommentar av Kloka listan av professor Alexander Mathé föreligger i senaste utgåvan av Läkemediet nr 2, april 2006 (organ för läkemedelskommittéer och Läksak).

**Tord Bergmark**  
specialist i psykiatri  
och allmänmedicin, Stockholm  
kognitiv.psykiatri@telia.com



## Fass – kommentar i ett historiskt perspektiv

När jag i slutet av 1950-talet arbetade som underläkare på medicinkliniken vid Karolinska sjukhuset försökte läkemedelsföretagen att med olika tekniker övertyga oss om att använda deras preparat. Det hade startat redan under studentåren vid industribesök med tillhörande fester, små reklampresentier och så småningom en tilltagande mängd trycksaker (bl a läkemedelskataloger i såväl fullformat som fickformat).

**För att få in en fot** på läkarnas arbetsrum och sälja in sina preparat »häckade« företagsrepresentanter i korridorerna utanför med ytterligare små presentier och »läkarprover«. Inför sommarens utlandsfärder erbjöds specialdesignat penicillin, som med endast en dos »dagen efter« skulle hindra en önskad gonorré. En flaska Vitatonin erbjöds också för att underlätta starten på morgonen.

Några av oss reagerade negativt mot

denna marknadsföring och riktade kritik till några av företagsledningarna. Vi var ju faktiskt läskunniga, företagens kataloger fanns i våra bokhyllor och åtminstone en av de stora företagens fickalmanackor med preparatbeskrivningar fanns i rondrocken och framförallt – farmakoterapin inriktades av våra chefer.

**För min del resulterade kritiken** i att jag i januari 1960 inbjöds till ett av företagen i Astra-koncernen för att dels medverka i utformningen av information om ett nytt preparat, dels i utbildningen av nyanställda läkemedelskonsulenter.

Efter en utländsk studieresa tillsammans med koncernens vice VD (Ebbe Baltzersen) inbjöds jag i april påföljande år att, tillsammans med professorn i pedagogik Åke W Edfeldt, kritiskt granska innehållet i samt utformningen och genomförandet av företagets marknadsföring och lämna förslag till förbättringar.

Samtidigt fäste en av Astras reklamkonsulter (Siewert Ahringer) min uppmärksamhet på att man i Storbritannien börjat sitt arbete med ett Monthly Index of Medical Specialities (MIMS). Avsikten var att månatligen presentera aktuella läkemedel i en pocketkatalog avsedd för rondrocken.

Överläggningar inleddes med de verkställande direktörerna i industrins branschorganisationer (Rune Casslén i Läkemedelsföreningen, LIF, och Rune Eidhagen i Representantskapet för den utländska farmaceutiska industrin, RUF) med syftet att kunna åstadkomma något liknande för svenska förhållanden. Apotekaren Börje Lundquist anställdes av LIF för att, i samverkan med medlemsföretagen i de två organisationerna, bygga upp »dagens överviktiga 40-åring«.

Under den processen var i december 1962 medicinkurserna från Sahlgrenska

# ANNONS

respektive Karolinska sjukhuset, med Lars Werkö och mig i spetsen (ordförande i Läkarförbundet respektive Sylf), inbjudna till ett studiebesök hos Astra i Södertälje. Företaget var väl medvetet om Werkös och min kritiska inställning till hur informationen om företagets produkter sköttes, inte minst när det gällde marknadsföringens former.

Apotekaren Olle Rosén framhöll i sin välkomsthälsning att koncernen lyssnat till kritiken och avsåg att strama upp informationen och hålla igen med festandet. Under lunchpausen fick Werkö erbjuda om att ingå i koncernens styrelse och jag att dra upp riktlinjerna för utbildningen av koncernens läkemedelskonsulenter, ett uppdrag som sedan överfördes till LIF/RUFI och, sedan jag lämnat 1966, förtjänstfullt utvecklades av docenterna Lars Irnell och Einar Perman.

Jag delar slutligen Henrik Nybäckers synpunkter i Läkartidningen 13/2006 (sidorna 1044-5) på en nödvändig modernisering av Fass som ett viktigt och fristående komplement till de listor som landstingens läkemedelsakkunniga tar fram.

**S Åke Lindgren**  
professor, Lidingö  
08-6365936@comhem.se

## Vad ska prioriteras?

Nya riktlinjer manar till allt kraftigare sänkning av kolesterolnivåer. Enligt Kloka listan i Stockholm bör man använda simvastatin i första hand, vilket också görs i stor utsträckning. I de fall patienterna inte når önskade målvärden byts ibland till andra läkemedel, vilket kommer att ske allt oftare om behandlingsmålen ska uppnås.

Ersättningsnivåerna till vårdcentralerna påverkas av följsamheten till Kloka Listan. Patienter som behandlas med kolesterolsänkande läkemedel utgör en stor andel av vårt befolkningsunderlag.

Hur ska man prioritera? Studier har visat god effekt av simvastatin 40 mg, oavsett kolesterolnivåer. Ska vi ge alla riskpatienter detta och kanske inte bry oss så mycket om de numeriska värdena? Detta skulle i så fall spara såväl läkemedelskostnader som kostnader för provtagning och analys.

**Ylva Norlander**  
distriktsläkare, Stocksunds vårdcentral  
ylvanorlander@hotmail.com

## Påskbudskap, eller ...

Undertecknad, kirurg sedan många år med enbart svensk yrkeserfarenhet och utan politisk aktivistbakgrund, har nyligen kommit hem från en resa i det s k Heliga landet, dvs det ockuperade Palestina. Jag har under några dagar gjort erfarenheter som, fastän all dagliga för de palestinska invånarna, får ses som högst extraordinära och ej främjande den normala turistens själsfrid.

Jag ser det som en medmänsklig skyldighet att rapportera en »liten« händelse, som mig veterligt inte engagerat våra nyhetsmedier.

**Scenen är staden Nablus** på norra Västbanken natten till den 7 april, invid en av huvudgatorna nära Stadsparken och det i staden inkorporerade flyktinglägret Al Ain. En israelisk militärpatrull försöker tränga in i ett privathus (troligen för att upprätta en diskret observationspost). De uppfattas av husägaren som inbrottstjuvar, och husägarens son Wafa med fyra vänner kommer till undsättning (försedda med träpåkar). De fem unga männen mejas ned av ett par salvor automateld och blir liggande på gatan.

**Ambulans larmas kl 02.45.** Den stoppas 100 meter från skadeplatsen av israelisk militär som vägrar tillträde. »Vi vill inte se några ambulanser här«. Undsättningsförsök från motsatt håll respektive vid senare tidpunkt kl 05 slutar på samma sätt. Först vid 07-tiden lämnar militären stadskärnan, och de skadade kan nås. En av dem, ovannämnde Wafa Mohamed Meisara Yaish, är då död.



Nablus, Västbanken – ingen fred i sikte.

Ingen kan veta om Wafa hade räddats till livet genom en snabbare sjukvårdsinsats, men häri ligger inte problemet. Frågan är istället varför sjukvårdspersonal hindras i sitt arbete? Är orsaken lägre befälhavares arrogans och dåliga omdöme? Eller är det maktens medvetna agerande för att förödmjuka ett ockuperat folk?

**Min sagesman** är en 23-årig studerande, tillika frivillig ambulansman inom organisationen Palestinian Red Cross Society. Han ingick själv i det ambulanslag som först försökte undsätta. Jag har ingen anledning att tvivla på hans berättelse. Jag har tillgång till hans namn och telefonnummer och kan förmedla kontakt om ytterligare uppgifter önskas. Han talar arabiska och engelska.

**Rune Gustavsson**  
leg läkare, Jönköping  
inger.ronnquist@hotmail.com

## Fler inlägg på [www.lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se)

Intresset att debattera och komma med inlägg i Läkartidningen är glädjande stort. Därför har vi öppnat även vår webbplats – [www.lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se) – för debattartiklar, brev och övriga synpunkter. Rubrikerna och författarnamnen till artiklarna redovisas återkommande på tidningens debattsidor med hänvisning till att texten i sin helhet finns på webbplatsen.

■ **Själv mord har blivit allt ovanligare**  
*Göran Isacson*  
■ **Effektivisera hemsjukvården – se över vårdens »fältarbetare«**  
*Per Stenberg*  
■ **Det finns mer än en definition av begreppet hälsa**  
*Sigvard Lingh*  
■ **Akut mediaotit – antibiotiketrycket kan minskas med skärpt diagnostik**  
*Georg Larsson*

■ **Kadmium – ett stort problem för hälsa och miljö**  
*CG Nilsson*  
■ **Partiell denervation ger gott resultat vid »överaktiv« blåsa**  
*Axel Ingelman-Sundberg*  
■ **Replik: Intressant operationsmetod, men inte tillgänglig för alla**  
*Olof Löfgren*