

Replik till Björn Zackrisson om patientsäkerhet: Inlägget styrker mig i uppfattningen att hela regelverket måste ses över

Björn Zackrisson, medicinsk chef i Capio Sjukvård Norden, kommenterar i Läkartidningen 17/2006 (sidan 1342), under rubriken »Föräldrade tankar om patientsäkerhet från förra HSAN-chefen provocerar«, min debattartikel i ett tidigare nummer av Läkartidningen.

Vad först gäller anonymiteten i rapporteringssystemet är jag helt klar över att en sådan ordning kan ha många fördelar. Jag vidhåller emellertid att de argument som Socialstyrelsen anfört emot väger över; jag citerar: »Lex Maria är sedan länge ett väl utvecklat system för att främja patientsäkerheten och en viktig symbol för öppenhet och insyn. Det ligger en trygghet i öppenheten såväl för patienten som för yrkesutövarna, som har rätt att ställa krav på ett rättssäkert förfarande och objektiva och lika bedömningar. Ett öppet system, naturligtvis med beaktande av gällande sekretessregler, ligger i linje med den grundlagsstadgade offentlighetsprincipen och den svenska förvaltningsrättens grundtanke att värna öppenheten.«

Jämförelsen med det danska systemet är inte helt adekvat. Av Socialstyrelsens redogörelse framgår att den som i enlighet med bestämmelserna i den danska lagen fullgör sin rapportering visserligen inte till följd av rapporteringen kan drabbas av disciplinära åtgärder eller liknande, men att det också utövas tillsyn av s k ämbetsläkare som finns i varje län och som kan ta initiativ till utredning och åtgärd av händelser som kommit till deras kännedom. Inom flyget har man ett minutiöst kontrollsystem med bl a regelbundna läkarundersökningar och kunskapsprov.

Det är självklart att tyngdpunkten i patientsäkerhetsarbetet ligger och skall ligga ute i sjukvården, såväl den offentliga som privata. Min förmodan att Socialstyrelsens förslag skulle få större effekt för den offentliga än den privata vården har uppfattats som provocerande av Björn Zackrisson. Jag beklagar om jag uttryckt mig olyckligt. Den privata vården är ju organiserad i många olika former. De som arbetar inom den offentliga vården har som regel det gemensamt att de omfattas av ett stort nätverk av arbetskamrater m fl, att organisationen inte är konkurrensutsatt och att anställ-



Björn Zackrissons replik i Läkartidningen 17/2006.

ningsförhållandena är trygga. Så är det inte alltid inom den privata vården.

Jag finner det därför generellt sett förklarligt om egenföretagare eller anställda inom denna sektor drar sig för att meddela eventuella misstag till Socialstyrelsen även om det inte kan leda till påföljd, i vart fall då patienten inte kommit till skada (i så fall anmäler sannolikt patienten). Men denna min förmodan är verkligen inget uttryck för att man skulle vara mindre angelägen om att värna om sina patienter.

Det personliga ansvaret har diskuterats livligt i anledning av den nyss meddelade HD-domen i den s k Kalmarfallet, och den diskussionen kommer säkert att fortsätta. Att man betonar det personliga ansvaret hindrar inte att också organisationens ansvar understryks. Utvecklingen har – och detta gäller även HSANs bedömningar – alltmera gått mot en fokusering på detta.

Björn Zackrisson skriver att Socialstyrelsens förslag är bra under förutsättning att 7-dagarsregeln tas bort (trots att förslaget inte förespråkar anonymitet?). Detta innebär att ingen händelse som anmäls efter att ha rapporterats i laga ordning skulle kunna föras vidare till HSAN av Socialstyrelsen, i vart fall såvitt avser disciplinpåföljd. I dagens system skulle då ansvaret för befogade ingripanden eller markeringar mot enskilda i dessa fall läggas helt på patienten eller åklagare. Detta förefaller mig betänkligt, av skäl som jag tidigare utvecklat.

Björn Zackrissons inlägg styrker mig i uppfattningen att det är dags att se över regelverket i sin helhet.

Anita Werner
chef för Hälso- och sjukvårdens
ansvarsnämnd (HSAN) 1993–2002
anita.werner@zeta.telenordia.se

Fysiotek – hjälp till fysisk aktivitet

Bengt Kjellman visade i en litteraturgenomgång förra året att fysisk träning kan ha positiv effekt vid depression [1]. Den fysiska aktiviteten bör ses som ett komplement till psykoterapi och/eller medicinering. Ett problem är svårigheten att få patienten att komma igenom de första passen då det ofta »tar emot«. Många patienter är också rädda och oroliga för att gå ut. Att finna möjligheter att motivera och stödja patienter med depression att aktivera sig fysiskt är därför av intresse för klinisk psykiatri.

Den s k fysiotekmodellen har funnits i Sverige i cirka fem år. Fysiotek finns på flera platser i landet, och i exempelvis Malmö finns ett »huvudfysiotek« vid Kockum fritid samt flera mindre enheter för ökad tillgänglighet. Många patienter med somatiska diagnoser, t ex diabetes och hjärtsjukdom, blir också remitterade. Remiss sker med hjälp av grönt recept, som kan skrivas även av annan personal än läkare.

På fysioteket möter patienten en »fysiotekare«, som kan vara sjukgymnast eller ha annan relevant erfarenhet. Man diskuterar lämpliga motionsformer och gör upp ett träningschema. Aktiviteten behöver inte vara förlagd till särskilda motionslokaler utan kan t ex innebära stavgång i närheten av bostaden. Fysiotekaren försöker lägga ribban så att det inte blir ett misslyckande.

I Norge har man motsvarande satsning med Opplandsprojektet.

Det finns andra möjligheter att hjälpa patienter med psykiatrisk diagnos till fysisk aktivitet. Man kan se över sjukgymnastfunktionen i psykiatriska vårdteam och om möjligt öka timmarna för denna insats. Vid sjukskrivning kan fysisk aktivitet rekommenderas som del i behandlingen, vilket ofta görs redan nu.

Gunilla Dored
leg läkare, specialist i allmän psykiatri,
Stehag
bejmert-dored@telia.com

REFERENSER

1. Kjellman B. Indikationer finns för att fysisk aktivitet har terapeutisk effekt vid depression. Motion värdefullt komplement till gängse antidepressiv behandling. Läkartidningen 2005;102:312-4.
2. Rydlöv H. Fysisk aktivitet på recept. En ettårs-uppföljning.