

»Socialstyrelsen betraktar varje tvångsåtgärd som en avvikelse«

Det gagnar varken patientsäkerheten eller systematiskt förbättringsarbete

Att betrakta tvångsåtgärder som avvikelser kan inte vara korrekt. En avvikelse är definierad som en onormal händelse som utgör risk för eller leder till en vårdskada. Tvångsåtgärder tillhör rutinen därför att de möjliggör nödvändig behandling och i vissa fall räddar liv.

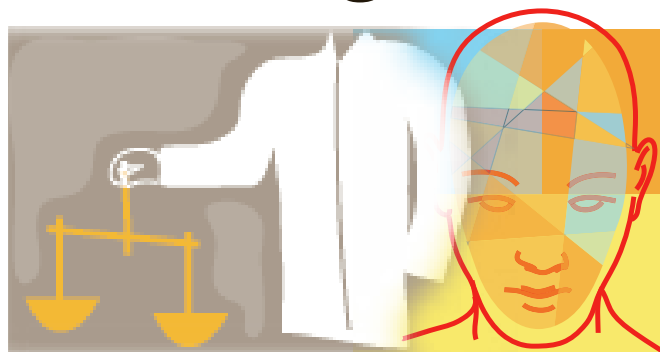


Illustration: Airl Ilisse

Begreppet patientsäkerhet definierades ursprungligen som att en patient skulle kunna söka vård och genomgå behandling utan att drabbas av en vårdskada. Genom ett antal parallella processer har begreppet kommit att breddas och betyder i dag i praktiken »allt som är bra för patienten i vården«.

Att vårdens uppgift är att leverera »god och säker vård« är oomtvistligt, men låt oss för ett ögonblick särskilja och granska dessa två olika begrepp. »God vård« kan förstås aldrig bli god nog. Våra ansträngningar att »aldrig skada, om möjligt bota, ofta lindra och alltid trösta« kan alltid sträcka sig lite längre. I psykiatri vill vi till exempel ha små hemlika avdelningar med mycket personal där vi kan lägga in patienter. Vi vill ha tillgång till de mest avancerade undersökningsmetoderna och erbjuda den mest

avancerade terapin i öppen och sluten vård.

Att god vård är ett relativt begrepp och till stor del handlar om vilka resurser som tilldelas vården torde vara uppenbart. Självklart behöver man också ständigt se över hur resurserna används.

När det gäller det andra begreppet, »säker vård«, gäller inte samma relativitet. Patientsäkerhetsarbete i sin ursprungliga form handlar om undvika vårdskador genom att hitta strukturella problem som kan åtgärdas till liten eller ingen kostnad.

Utvecklingen mot allt »godare vård« drivs av den vetenskapliga utvecklingen, men också av samhällsutvecklingen mot ett allt större välbefinnande. Socialstyrelsen har till synes medvetet valt att i patientsäkerhetsbegreppet trycka in både »god« och »säker«. Om man vore konspiratoriskt lagd kunde man tro att man försöker lura oss att vården inte bara ska kunna bli säkrare utan också bättre utan att det kostar mera. Tyvärr har en del av vårdens representanter anammat denna sammanblandning fast i motsatt syfte. Klinikchefer som fått sparbetning har sagt: »Om vi inte får extra medel kan vi inte garantera patientsäkerheten.« Detta har bildat en ond cirkel; det klinikche-

Bakgrund. I LT 35/2010 (sidan 2019) uppmärksammade psykiatern Louise Lundberg att Socialstyrelsens tillsynsenhet i brev förklarar att »... frihetsberövanden, tvångsåtgärder och tvångsbehandling alltid utgör en avvikelse ...« I LT 39/2010 (sidan 2338) förklarade Per-Anders Sunesson och Karl-Otto Svärd från Socialstyrelsen varför »... frihetsberövande, tvångsåtgärder eller tvångsbehandling per definition alltid utgör en avvikelse samt att vården ... alltid ska analysera vad som ledde fram till händelsen och klargöra om den kunde ha undvikits genom olika andra förebyggande åtgärder.«

fen ärligt borde ha sagt är: »Utan extra medel blir vården sämre om än fortfarande patientsäker.«

Det centrala begreppet i allt patientsäkerhetsarbete är vårdskada. Det har definierats som »lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd« (SOSFS 2005:12). Här poängteras således relativiteten i att patientens tillstånd kan vara plågsamt och leda till döden. Vården ska avhjälpa det efter bästa förmåga och dessutom undvika misstag som kan lägga sten på börda.

När nu Socialstyrelsen

fastslår att varje tvångsåtgärd är en avvikelse som kan leda till en vårdskada blandar man ihop god och säker vård. Ett exempel är »brister i bemanning«, som inte är ett säkerhetsproblem utan följden av ett demokratiskt beslut om hur stor bemanningen ska vara!

Man påstår vidare att frihetsberövande, tvångsåtgärder och tvångsbehandling inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd. Svenska psykiatriska föreningen vill med kraft inskräpa att våra medlemmar inte tillgriper tvångsåtgärder om det inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd. Vad skulle det annars vara för skäl?

Vi beklagar ibland att vården inte är fullkomlig så att patientens tillstånd försämrats till den grad att tvångsåtgärder blir nödvändiga – men det är inte ett säkerhetsproblem. Det handlar återigen om kvalitetsproblem som alla vårdarbetare med all sin kreativitet dagli-

När nu Socialstyrelsen fastslår att varje tvångsåtgärd är en avvikelse som kan leda till en vårdskada blandar man ihop god och säker vård.



ARNE STENSTEDT
pressekreteraren@svenskpsykiatri.se



LISE-LOTTE RISÖ BERGERLIND
ordföranden@svenskpsykiatri.se
båda Svenska psykiatriska föreningen

Open Access Week 16–24 oktober:

Open access ökar forskningens tillgänglighet

■ Den vetenskapliga och tekniska utvecklingen gör allt mer kunskap tillgänglig genom ett allt mindre antal knapptryckningar. Min dator är ett fönster mot en ymnig flod av vetenskapliga landvinningar och akademisk debatt. Tack vare ett välfungerande universitetsbibliotek händer det inte så ofta att tillgång nekas mig och att en ruta för kreditkortsnummer anvisas i stället.

Denna avundsvärda situation delar jag av allt att döma med en minoritet av världens forskare och läkare, och med en försvinnande liten bråkdel av världens befolkning.

Den 16–24 oktober infaller i år Open Access Week, en vecka då open access-publicering på olika sätt synliggörs och diskuteras internationellt. Det finns en stark rörelse som arbetar för att sprida kunskap och information om tillgängliggörande av vetenskapliga resultat. Denna rörelse har vunnit genomslag bland annat genom att flera tunga forskningsfinansierare börjat kräva att resultat finansierade med deras anslag publiceras med open access.

Kanadas medicinska forskningsråd var först med att ställa detta krav år 2007, och det har sedan följts av många andra, inklusive National Institutes of Health (NIH) (2008) och svenska Vetenskapsrådet (2010).

Dessa krav har varit kontroversiella, men det finns starka skäl att tro att open access är fördelaktigt för forskare såväl som allmänhet.



Open access-publicering gynnar alla inblandade, menar skribenten.

Forskarens främsta intresse är naturligtvis att resultat ska få störst spridning i den tilltänkta läsekretsen. Effekten av open access på citeringsfrekvensen har undersökts i flera studier av jämförbara grupper av artiklar med och utan open access.

I en aktuell metaanalys [1] visar 27 av 31 studier att open access-artiklar citerats oftare än artiklar i traditionella tidskrifter, och att effektstorleken varierar för olika ämnesområden. För området medicin anges en ökning av citeringsfrekvensen med 300–450 procent. Även om en så stor effekt ter sig häpnadsväckande är det en stark indikation på att man som forskare kan vinna större genomslag genom att använda open access.

För forskarsamhället i stort, och för den medicinska professionen, är det naturligtvis mycket värdefullt att aktuella rön är tillgängliga. Inläsningen av kunskap bakom traditionella tidskrifters »paywalls« kan vara mera

eller mindre besvärande beroende på var man verkar.

Känslan av utestängdhet kan vara mycket påtaglig när man besöker läkare som arbetar i mindre bemedlade sjukvårdssystem. Det är en slående, undvikbar ojämlikhet att medicinen fortfarande på många håll i världen utövas under samma informationsvillkor som en svensk provinsialläkare kunde uppleva för 100 år sedan.

Priset för prenumerationer på vetenskapliga tidskrifter har ökat upp till tre gånger snabbare än inflationen under de senaste årtiondena [2]. Eftersom viktiga tidskrifter inte kan undvaras av biblioteken står det förlagen mer eller mindre fritt att höja prenumerationers avgifterna – ett förhållande som har lett till stora vinstmarginaler inom sektorn.

Stora summor skatte- och anslagspengar slussas genom biblioteken till tidskrifter som kan ta ut överpriser på grund av sin etablerade ställning, varvid vetenskapliga

framsteg läses inne. För att bryta upp dessa strukturer har det varit nödvändigt för forskningsråd att gå i bräschen med krav på förändring. Somliga har kritiserat inslaget av toppstyrning, underkännandet av forskarens eget omdöme vid publicering, och beklagat förlusten av det tryckta verket som artefakt.

Men open access gynnar alla inblandade – forskare, finansierare och allmänhet – och gör vetenskapliga resultat tillgängliga för fler än någon gång tidigare. Som forskare kan man stödja denna utveckling genom att publicera sina resultat i open access-tidskrifter eller deponera dem i arkiv fritt tillgängliga på Internet och genom att ställa upp som referent i open access-tidskrifter.

Det enda som open access saknar är en fullgod svensk synonym!

Gustav Nilssonne,
med dr, postdok,
Karolinska institutet,
institutionen för klinisk
neurovetenskap, Stockholm
Brain Institute och Osher
center för integrativ medicin
gustav.nilssonne@ki.se

REFERENSER

1. Swan A. The Open Access citation advantage: Studies and results to date. School of Electronics & Computer Science, University of Southampton. ECS EPrints., 17 feb 2010. <http://eprints.ecs.soton.ac.uk/18516/>
2. Panitch JM, Michalak S. The serials crisis: A white paper for the UNC-Chapel Hill Scholarly Communications Convocation. 2005. <http://www.unc.edu/scholcom-dig/whitepapers/panitch-michalak.html>

➔ gen och stundligen försöker råda bot på.

Att skriva avvikelseanmälningar om varje frustrerande vårdhändelse upplevs som meningslöst, stjälar tid från

vårdarbetet och göder därför misstroendet mot tillsynsmyndigheten. Vidare kvävs arbetsglädjen och yrkesstoltheten av ständiga byråkratiska påpekanden om hur vi brister i vårt arbete. Det

föder olust och rädsla för repressalier, vilket direkt försämrar vården för patienterna genom att vi hukar oss och inte gör det rätta utan går och försöker undvika att göra »fel«.

Patientsäkerhetsarbetet i vården är angeläget men riskerar att misskrediteras och stagnera!

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*