

Smittspridning i sjukvården

Fler sängar löser inte problemet

Vid sjukhusplanering i Norge diskuteras nu en mer tydlig rumsmässig uppdelning mellan akut och elektiv vård för att minska risken för infektion. Arbete pågår också för att genom standardisering undvika medicinska misstag och infektioner. Fler sängar är inte lösningen på problemet.

Patrik Gille-Johnson (PGJ) tar i Läkartidningen 32-33/2008 (sidorna 2153-4) upp vårdplatsbrist som en möjlig orsak till smittspridning i vården. Han pekar på att vi i Sverige – om utvecklingen fortsätter – kan få samma stora problem med vårdrelaterade infektioner (VRI) som övriga Europa. Hans lösning är att om vi ökar antalet vårdplatser och får mer personal så kommer vi tillrätta med problemet med överbeläggningar, hygien och infektioner.

Att vi behöver ändra vårt sätt att arbeta och samarbeta med övriga vårdgivare eller t ex utnyttja ny teknologi kommenteras inte. Artikeln är raljerande i sina kommentarer om politiker och »administratörer«, medan frågan om den egna professionens ansvar helt lyser med sin frånvaro.

Att hög arbetsbelastning och låg bemanning leder till ökad infektionsrisk inom t ex intensivvård är väldokumenterat bl a av Didier Pittet, en »guru« inom området [1]. Frågan är om den rätta lösningen är att tillföra sjukhusen fler sängar, som PGJ föreslår.



ULF LJUNGBLAD
direktör, Helse Sør-Øst RHF, Norge;
fd chefläkare och sjukhusdirektör, Östra sjukhuset, Göteborg
ulf.ljungblad@so-hf.no

Han pekar i sin artikel på det faktum att Sverige har det lägsta antalet vårdplatser i Europa per invånare. Han menar att detta utgör det största problemet när det gäller möjligheterna att hantera överbeläggningar, i sin tur orsakande hygieniska problem och smittspridning i vården.

Många länder i Europa i dag har väsentligen större problem med VRI, som MRSA, ESBL och VRE, men de har också väsentligen fler vårdplatser, ända upp till tre gånger så många som Sverige. Kan det möjligen vara så att ju fler sängar man har, ju fler patienter man lägger in på sjukhus och ju längre vårdtider man har, desto större problem får man med VRI? Detta skulle i så fall stämma med situationen i Syd- och Mellaneuropa.

En stor amerikansk studie visade för några år sedan att mortaliteten i »community-acquired pneumonia« (CAP) är 10 procent, i »hospital-acquired pneumonia« (HAP) 18-19 procent och i »ventilator-acquired pneumonia« (VAP) 30 procent [2]. Patienter med HAP och VAP härbärgerar dessutom i mycket större omfattning resistenta bakterier än CAP-patienter gör [3]. Dessa studier pekar också på att patienter med »health-care associated pneumonia« (HCAP), dvs patienter som vårdas på sjukhem, har samma problem som patienter med HAP.

För att vara tydlig så visar detta att det är mycket farligare att få en pneumoni på sjukhus än i hemmet. Borde man inte då som patient i största möjliga utsträckning undvika denna miljö, särskilt efter t ex planerad kirurgi då immuniteten är nedsatt. Borde inte alla beslut om att lägga in patienter på sjukhus vara extremt välgrundade och borde inte vårdtiden på våra sjukhus vara så optimalt kort som möjligt för alla patienter, med syfte att få en bättre epidemiologisk situation? Är det mot detta mål vi arbetar i dag?

I Norge, där jag arbetar sedan sju år, finns 30 procent fler sjukhussängar än i Sverige (gäller även Osloområdet). Norrmännen borde alltså ha löst problemet. Man har dock en annan medicinsk praxis med längre vårdtider, mindre frekvens dagkirurgi och färre sjukhemsplatser. Kompetensnivån i »kommunhelsetjenesten« är dessutom lägre än motsvarande i Sverige. Det har medfört att allt fler äldre patienter ansamlas på sjukhusen, många med enkla diagnoser. Pneumonidiagnosen är t ex 4-5 gånger så vanlig på sjukhusen i gamla Helse Øst (motsvarar Osloområdet med 1,6 miljoner invånare) som på sjukhusen i Stockholms läns landsting med 1,9 miljoner invånare, enligt data från NPR (Norsk pasientregister) och CPK (Centrum för patientklassificering).

Trots fler sjukhussängar är

överbeläggingsproblematiken minst lika stor, om inte större, på norska sjukhus, samt problemet med VRI minst lika stort. Antalet »korridorpatienter« varierar dock mellan olika sjukhus och förefaller mer relaterat till medicinsk praxis än till tillgången på sängar. Många norska sjukhus har försökt lösa problemet genom ett utvidgat samarbete med kommunhelsetjenesten för att få fungerande vårdkedjor och har delvis lyckats, medan andra inte har klarat det. Här har St. Olavs Hospital i Trondheim varit föregångare med ett nära samarbete mellan sjukhus och kommun, vilket lett till att problemet med överbeläggningar har minskat.

Problematiken med överbeläggningar är internationell. I Storbritannien har Royal College of Physicians i ett flerpunktsprogram föreslagit att akutintagen ska bemannas med enbart specialister, för att uppnå ett adekvat medicinskt omhändertagande av patienterna och se till att »rätt« patient får sjukhusvård. Det är ju faktiskt så att ju fler oerfarna doktorer vi bemannar akutintagen med, desto fler patienter läggs i våra sjukhussängar. Vems ansvar är det att ändra på detta?

Till våra akutintag skickar vi i dag in patienter med pneumonier, andra infektioner, bröstsmärtor, buksmärtor, öppna sår och benbrott; inte sällan rör det sig om nedgång-



Minst 75 procent av rummen i det nya sjukhuset i Østfold kommer enligt planerna att vara enkelrum – detta för att minska risken för infektioner.

na äldre och immunsupprimerade patienter. Dessa patienter kan få vistas många timmar på akutintaget innan åtgärd vidtas, ofta ligger de bredvid varandra i akutkorridoren. Sedan frågar vi oss varför 6–11 procent av patienterna lämnar sjukhuset med VRI. Är det rimligt att nästan osorterat blanda akuta patienter i en rumsmässig organisation, dvs akutintaget? Måste det vara så eller går det att organisera på ett annat sätt?

Är det ett epidemiologiskt problem att vi blandar patienter med akuta sjukdomar, som inte sällan är infekterade, med oinfekterade patienter som ska genomgå planlagd behandling på samma avdelning, kanske i samma vårdrum? Kan det vara mer kostnadseffektivt att dela upp behandlingen mer strukturerat i enheter för elektiv och akut behandling i syfte att minska infektionsproblematiken? Låter sig detta göras?

Didier Pittet uttalade i ett föredrag på European Forum i Prag för några år sedan (han var då talesman för WHO) att man utanför varje sjukhus borde sätta upp en skylt med texten: »Welcome to our hospital, our infections are waiting for you.« Om allmänheten tillräckligt kände till omfattning av infektionsproblemen på våra sjukhus i dag, mot vem eller vilka skulle de rikta kraven på förändring? Politikerna eller läkarna? Eller båda?

I dag lägger vi in patienterna på sjukhus både en, två och tre dagar innan de ska opereras, trots att vi kan misstänka att det finns ett samband mellan vårdtidens längd och risken att drabbas av en infektion. Cleveland Clinic i Ohio, ett stort amerikanskt sjukhus med mycket hjärtkirurgi och som ligger i glesbygd, har mer än 99 procent SDA (»same day admission») på grund av att man menar att detta minskar risken för postoperativa infektioner, vilket sparar mänskligt lidande och är kostnadseffektivt. Varför inför vi

inte detta på bred front i Sverige? Är det politikerna och »administratörerna« som hindrar oss? Nej, orsaken är att det som vanligt är mycket enklare att fortsätta arbeta som vi alltid gjort.

Vid sjukhusplanering i Norge diskuterar man nu en mer tydlig uppdelning rumsmässigt mellan akut och elektiv vård, samtidigt som man har planer på att bara ha enklare rum i det nya Östfoldsjukhuset, som planeras i Sarpsborg vid E6 och som beräknas stå färdigt 2012 eller 2013.

Eftersom PGJ också är inne på en diskussion om kostnader kan jag konstatera att olika medicinska tidskrifter på ledarplats tagit upp problematiken med »överkostnader« i sjukvården på grund av medicinska misstag och infektioner. Det är kanske först och främst dessa kostnader vi ska reducera för kunna utveckla sjukvården? Man har beräknat att dessa överkostnader utgör mellan 25 och 40 procent av sjukvårdens totala kostnader.

Internationellt pågår därför ett arbete med »clinical pathways« (eller »integrated care pathways«), dvs standardisering av medicinsk behandling utifrån »best medical praxis« för att undvika medicinska misstag och infektioner. Det är ju inte när vi behandlar patienterna medicinskt korrekt och gör rätt i hela vårdprocessen som kvaliteten blir dålig och kostnaden hög, utan när vi gör misstag.

Därför har man i Helse Sør-Øst (som omfattar halva Norge) startat ett arbete med att införa »clinical pathways«, och som undertecknad leder, bl a för att uppnå optimal kvalitet och vårdtid, och i samarbete med kommunerna. Givetvis kommer detta arbete att leda till att antalet sängar reduceras.

Om vi tror att vi kan lösa framtidens problem med bl a infektioner i sjukvården genom att öka antalet sängar och lägga in fler patienter på sjukhus

så tar vi fel. Vi måste i stället skapa ett samarbete runt hela patientens vårdkedja med hjälp av nya arbetsmetoder, ny struktur, högre kompetens och ny teknologi.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Hugonnet S, Chevrolet JC, Pittet D. The effect of workload on infection

risk in critically ill patients. Crit Care Med. 2007;35:76-81.

- Kollef MH, Shorr A, Tabak YP, Gupta V, Liu LZ, Johannes RS. Epidemiology and outcomes of health-care-associated pneumonia: results from a large US database of culture-positive pneumonia. Chest. 2005; 128:3854-62.
- Abrahamian FM, Deblieux PM, Emerman CL, Kollef MH, Kupersmith E, Leeper KV Jr, et al. Health care-associated pneumonia: identification and initial management in the ED. Am J Emerg Med. 2008;26 (6 Suppl):1-11.

REPLIK OM ALKOHOLPREVENTION I VÅRDEN: Ekonomiska incitament 2009

■ Förebyggande hälsofrämjande insatser är en av primärvårdens allra viktigaste uppgifter, och det står, som Håkan Leifman, Håkan Källmén och Ylva Nork konstaterar i Läkartidningen 39/2008 (sidorna 2649-50), tydligt uttryckt i auktorisationskraven och regelboken för Vårdval Stockholm. Därmed är det ett krav som gäller lika för alla vårdcentraler och husläkarmottagningar.

En av de viktigaste och dokumenterat mest effektiva och värdefulla hälsofrämjande åtgärder är att förebygga hög alkoholkonsumtion och alla de skador och kostnader den ger upphov till. Som debattörerna påpekar kostar alkoholskador inte bara stort lidande utan även ansevära pengar för samhället, det offentliga såväl som civilsamhället och privatpersoner. Därmed kan förebyggande insatser också värdesättas inte bara i minskat lidande utan också i minskade kostnader.

Ett problem är förstas, som debattörerna också påpekar, att vården i allmänhet och primärvården i synnerhet inte direkt får del av de stora samhällsvinster som ett minskat riskbruk och missbruk av alkohol innebär, även om vårdkostnaderna sjunker på sikt. Ekonomiska incitament är därför ett viktigt komplement till vårdvalets tydliga

krav och till övriga styrdokument och riktlinjer.

Sådana ekonomiska incitament är nu på väg. Vårdval Stockholm kompletteras från den 1 januari 2009 med en särskild bonus för hälsofrämjande insatser, det viktiga arbete som ofta utförs av distriktssköterskorna. Det är en åtgärd som vi redan från början sagt att vi vill ha med och som nu kommer på plats.

Men vi vill gå ännu längre. Om några år tror vi att vi kan ha en helt ny modell för den nära hälso- och sjukvården på plats. Då vill vi styra helt efter diagnoser och åtgärder för varje patient. En sådan modell måste givetvis utredas och utformas noggrant, med tydliga definitioner av vilka åtgärder som ger viss ersättning, och inte minst måste vi ha pålitliga och smart konstruerade IT-system på plats. När det har skett öppnar sig möjligheten att rikta ersättningar för faktiskt utförda förebyggande åtgärder, t ex strukturerade motiverande rådgivningssamtal om alkohol, där evidens om effekter finns.

Men redan från nästa år tar vi alltså ett första steg med en särskild ersättning eller bonus för hälsofrämjande insatser i primärvården.

Birgitta Rydberg
landstingsråd (fp)
för sjukvård och folkhälsa,
Stockholms läns landsting