

Replik till Ulf Ljungblad:

Fler vårdplatser behövs för att minska vårdrelaterade infektioner

Rationellt antibiotikabruk och strikta hygienrutiner räcker inte för att skydda mot sjukhusburen smitta. Vi behöver fler tillgängliga vårdplatser också.

I ett inlägg av Ulf Ljungblad (UL) i LT [1] kritiserar jag för att jag i en debattartikel [2] dristade mig till att belysa dels sambandet mellan vårdplatsbrist och vårdrelaterade infektioner (VRI), dels det faktum att vi i Sverige i dag har en hög förekomst av VRI, en ökande andel multiresistenta bakterier samt lägst antal vårdplatser per invånare i Västeuropa och USA.

UL förnekar inte de samband mellan vårdplatsbrist och VRI som jag beskrev med utgångspunkt från en översiktsartikel i *Lancet Infectious Diseases* [3], men han hävdar ändå kategoriskt att ytterligare vårdplatser inte skulle lösa några som helst problem. Som stöd för detta anför han en del, i mitt tycke, märkliga resonemang och insinuerar dessutom att den svenska läkarkåren på ett ansvarslost sätt överutnyttjar de knappa vårdplatserna.

UL framkastar bl a en teori om att det i själva verket kan vara så att ju fler vårdplatser man har desto större problem med VRI får man, eftersom man i Mellan- och Sydeuropa har både fler vårdplatser och större problem med multiresistenta bakterier.

Det är naturligtvis naivt att



PATRIK GILLE-JOHNSON biträdande överläkare, infektionskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna
patrik.johnson@karolinska.se

tro att smittspridningens dynamik skulle vara så enkel och osammansatt att det föreligger ett linjärt samband mellan antalet vårdplatser och VRI. Inte heller det omvända, att ett lägre antal vårdplatser i alla lägen med automatik leder till fler VRI, är giltigt, och jag vill betona att jag aldrig hävdat detta. Det finns även andra faktorer som har betydelse, av vilka antibiotikabruk och hygienrutiner torde tillhöra de viktigaste.

Här står också de sannolika orsakerna till skillnaderna mellan länderna inom Europa att finna. Såväl antibiotikans som hygienens betydelse för uppkomst av resistens och smittspridning har dock fått stor uppmärksamhet och diskuterats brett både inom sjukvården och i allmänna medier i Sverige under senare år, medan vårdplatsbristens roll knappt diskuterats alls. Detta trots att sambanden mellan platsbristens konsekvenser och en ökad smittspridning är väl belagda.

I en andra jämförelse hänvisar UL till sin nuvarande professionella hemvist, den norska sjukvården, där man har betydligt fler vårdplatser än i Sverige men ändå överbeläggningar och VRI på nivåer som är minst lika höga som de svenska. Sedan anger han ett antal skäl till detta som har sin grund i för Norge specifika förhållanden, såsom längre vårdtider, mindre frekvens dagkirurgi och färre sjukhemsplatser. Denna jämfö-

relse saknar således relevans för svenska förhållanden.

I en egendomlig hänvisning till en studie som visat att nosokomiala pneumonier, med ventilatorassocierad pneumoni (VAP) i spetsen, har högre mortalitet än samhällsförvärvade pneumonier [4], konstaterar UL att det är farligare att få pneumoni på sjukhus än i hemmet. Han undrar om inte vårdtiden därför borde vara så optimalt kort som möjligt och om detta verkligen är det mål vi arbetar mot i dag. Menar UL att läkarna lägger patienter i respirator i onödan, när de i stället borde skicka hem dem så att de kan få en mindre farlig, samhällsförvärvad pneumoni?

Att de svenska medelvårdtiderna minskat kontinuerligt under en följd av år [5] är väl ett tillräckligt bevis för att läkarna aktivt arbetar för kortare vårdtider. Och jag kan försäkra UL att patienter inte läggs i respirator i onödan.

Ett annat skäl till nuvarande överbeläggningssituation anser UL vara det faktum att våra akutmottagningar bemannas med oerfarna doktörer. Han hävdar att ju fler oerfarna primärjourer vi har, desto fler patienter läggs i våra sjukhussängar, och frågar retoriskt var ansvaret för att ändra på detta ligger (hos läkarkåren får man anta). Till att börja med presenterar inte UL några belägg för att andelen akuta inläggningar skulle vara högre bland oerfarna kolleger än bland erfarna. Jag tillåter mig att tvivla på att så är fallet, men är av ett annat skäl överens med UL om vikten av specialister på akut-

mottagningarna: erfarna läkare säkrar en hög standard i det initiala omhändertagandet, vilket visat sig vara avgörande för den fortsatta utvecklingen av ett flertal akuta diagnoser.

Att förekomsten av oerfarna läkare bland våra primärjourer ändå är fortsatt hög kan förklaras av att antalet erfarna specialister inte är tillräckligt för att besätta både primär- och bakjourslinjer. När 40-talisterna nu går i pension skördar vi draksådden från 1990-talets sparhysteri, då antalet ST-tjänster reducerades till

»Problemet med ULs betraktelsesätt är snarast att det är enögt.«

ett minimum. Ansvaret för detta, liksom för den dåliga arbetsmiljön på många akutmottagningar som skrämmer bort äldre kolleger, åligger rimligen arbetsgivaren.

Sedan ställer sig UL frågan om vi inte borde reducera »överkostnaderna« till följd av VRI för att kunna utveckla sjukvården. Någon däremot?

Han bidrar också med flera konstruktiva förslag till organisatoriska förändringar för att minska infektionsriskerna vilka inte är svåra att instämna i. Som infektionsläkare lyfter man särskilt på hatten för insikten om att en hög andel enkelrum är betydelsefull. Bristen på enkelrum som orsak till såväl platsbrist som ökad infektionsspridning var också något jag tog upp i min ursprungliga artikel.

Problemet med ULs betraktelsesätt är snarast att det är enögt. De förslag han för fram är ägnade att minska VRI för att frigöra vårdplatser, men han vill inte inse att vårdplatsbrist också kan behöva åtgärdas med ett ökat antal

vårdplatser. Denna trångsynt-
het har länge varit förhär-
skande inom svensk sjuk-
vårdspolitik och har lett oss
till den situation där vi befin-
ner oss i dag, med just de
»överkostnader« som UL be-
skriver. Men om man accepte-
rar att slutenvårdsplatser är
nödvändiga måste man också
våga föra en diskussion om
var miniminivån för att till-
försäkra medborgarna en god
och säker vård ligger. Att det-
ta antal är en komplex funk-
tion av många variabler är
ingen anledning till att tabu-
belägga frågan.

Under åren 1993–2003 min-
skades antalet svenska vård-
platser med ca 50 procent.
Detta framtvängde en för-
kortning av vårdtiderna med
en fjärdedel och en 30-pro-
centig ökning av vårdplatsut-
nyttjandet [6]. I Stockholms-
regionen var utvecklingen
ännu mer dramatisk, med en
55-procentig reduktion av
vårdplatser och en minskning
av antalet vård dagar med 42
procent, samtidigt som antalet
vårdtillfällen bibehölls.

Sedan dess har antalet
vårdplatser inom Stockholms
akutsjukvård till följd av spar-
beting minskats ytterligare,
under det att antalet vårdtill-
fällen ökat, vilket lett till en
medelbelägningsgrad som
ökat till 95 procent 2006 [7].
Detta är en osunt hög siffra
som ofrånkomligen leder till
överbeläggningssituationer
[8].

Man har också sett att den
stadiga minskningen av me-
delvårdtider avstannat, inte
som en följd av ovilja till yt-
terligare effektiviseringar,
utan snarare på grund av så-
dana, då ett stort antal korta
vårdtillfällen förts över till
öppenvården parallellt med
att möjligheterna att ge avan-
cerad sjukvård till en ål-
drande, mer medicinskt kom-
plicerad befolkning förbät-
rats, vilket ökar andelen lång-
re vårdtillfällen.

Det är således inte själv-
klart att nya medicinska möj-
ligheter och ny teknologi

kommer att reducera vård-
platsbehovet på det sätt som
UL förväntar sig; det omvän-
da är minst lika sannolikt.

Helt följdriktigt konstate-
rade i början av 2007 en ut-
redning tillsatt av Stockholms
läns landsting att länet var i
omedelbart behov av ytterli-
gare 150–200 vårdplatser [7].
Sedan dess har Stockholms
befolkning ökat med storle-
ken av ett Skövde. Det är mot
denna bakgrund vi måste be-
trakta problemen med VRI
och spridningen av multire-
sistenta bakterier.

Situationen i Stockholm må
vara extrem, men den bild
som framträder i rapporten
från den tillsyn som Socialsty-
relsen gjorde på sex svenska
akutsjukhus i augusti 2008 ta-
lar för att problemet är natio-
nellt. Här beskrivs hur pati-
entsäkerhetsrisker i samband
med överbeläggningar under
senare år kommit att bli så
vanliga att de »normaliserats«
och inte längre betraktas som
avvikelser. Socialstyrelsen
uppmärksammar: »Enligt hälso-
och sjukvårdslagen (1982:763)
2 e § ska där det bedrivs hälso-
och sjukvård finnas den per-
sonal, de lokaler och den ut-
rustning som behövs för att
god vård ska kunna ges. Med
stöd av denna lag anser Social-
styrelsen att vårdgivaren ska
se över antalet tillgängliga
vårdplatser så att ständiga
återkommande överbeläg-
ningar undviks« [9].

Detta borgar förhoppnings-
vis för att en fortsatt diskus-
sion utgår från ett synsätt
som är mindre låst än det UL
representerar. Rationellt
antibiotikabruk och strikta
hygienrutiner räcker inte för
att skydda mot sjukhusburen
smitta. Vi behöver fler till-
gängliga vårdplatser också.

■ *Potentiella bindningar eller
jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

LÄS MER Fullständig referenslista
<http://ltarkiv.lakartidningen.se>

SLUTREPLIK:

Överbeläggningar är inte synonymt med vårdplatsbrist

■ Patrik Gille-Johnson (PGJ)
har en örlig debattknik där
han tillskriver undertecknad
uppfattningar som inte finns i
min artikel, bl a att jag skulle
ha uppfattningen att det skul-
le finnas ett linjärt samband
mellan antalet vårdplatser
och vårdreterade infektio-
ner, och att man i onödan läg-
ger patienter i respiratorer.
Det har jag aldrig påstått, och
detta slår tillbaka på honom
själv. Vad jag påstått är att fler
sängar inte i första hand löser
problemet i Stockholm.

Skulle Karolinska Universi-
tetsjukhuset (KUS) eller var-
je annat sjukhus med överbe-
läggningsproblematik i dag
tillföras fler vårdplatser skul-
le dessa inom kort vara fyllda
av patienter, och överbeläg-
gningsproblematiken lika stor
som innan, *om man inte också
vidtar andra åtgärder*. Eller
som Paul Batalden vid Insti-
tute for Healthcare Improve-
ment konstaterar: »Every sys-
tem is perfectly designed to
achieve the results that it
gets.« Jag hoppas PGJ förstår
innebörden i denna sentens;
det gör nämligen inte alla.

På KUS läggs i dag, 5 dagar i
veckan, in mellan 150 och 200
patienter en eller flera dagar
innan de ska opereras, varav
en stor majoritet hade sovitt
bättre i sin egen säng eller på
hotell. På alla Stockholms-
sjukhusen läggs det in på sam-
ma sätt kanske 400 patienter
5 dagar i veckan. Detta är inte
ett rationellt utnyttjande av
sängar. På Cleveland Clinic
läggs praktiskt taget ingen pa-
tient in före operation utan
alla kommer operationsda-
gens morgon.

Det kan knappast vara poli-
tikernas ansvar att ändra på
detta. En sådan förändring
hade givetvis ökat antalet till-
gängliga vårdplatser samt
också minskat antalet post-
operativa infektioner.

PGJs vantolkning av en av
mina referenser väljer jag på
grund av »platsbrist« att inte
kommentera, men hans syn-
punkter visar att han inte för-
stått. Det intellektuella pro-
blem som PGJ har är att han
sätter likhetstecken mellan
överbeläggningar och vård-
platsbrist.

Royal College of Physicians
(RCP) gör inte denna intel-
lektuella koppling och har
därför tagit fram ett fler-
punktsprogram för att kom-
ma tillrätta med överbeläg-
gningar; bl a ingår där beman-
ning av akutintagen med spe-
cialister. Detta faktum gör
PGJ till mitt förslag och ifrå-
gasätter om mindre erfarna
doktorer lägger in fler patien-
ter än erfarna. Jag kan bara
konstatera att den mycket
kompetenta arbetsgrupp
inom RCP som tagit fram det-
ta program uppenbarligen har
gjort den bedömningen.

PGJ beskyller undertecknad
för att vara enögd och trång-
synt när jag inte sätter lik-
hetstecken mellan överbe-
läggnings- och vårdplatsbrist.
Min uppfostran förbjuder mig
att ha sådana uppfattningar
om personer jag aldrig mött.
Jag kan bara konstatera att en
något mindre arrogans och
något större ödmjukhet från
PGJs sida hade varit klädsam.

Och till sist: Jag kan inte se
att PGJ kommit med ett enda
konstruktivt förslag när det
gäller att lösa problemet med
överbeläggningar i vården än
fler sängar.

PS. Ett besök på Institute
for Healthcare Improvements
och Royal College of Physi-
cians webbplatser rekomen-
deras.

Ulf Ljungblad
direktör, Helse Sør-Øst RHF,
Norge; f d chefläkare
och sjukhusdirektör,
Östra sjukhuset, Göteborg
ulf.ljungblad@so-hf.nn