

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
medelbeläggningsgrad som
ökat till 95 procent 2006 [7].
Detta är en osunt hög siffra
som ofrånkomligen leder till
överbeläggningsituationer
[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 överbeläggnin-
gar 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-
tetssjukhuset (KUS) eller var-
je annat sjukhus med överbe-
läggningsproblematik i dag
tillföras fler vårdplatser skul-
le dessa inom kort vara fyllda
av patienter, och överbeläggnin-
gnsproblematiken 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 överbeläggnin-
gar; 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-
läggningar 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