

Patientsäker sjukvård kräver tillräckligt med vårdplatser

Sverige ligger i bottenkiktet bland OECD-länderna vad gäller antalet vårdplatser per tusen invånare. Ensidig ekonomism får inte tillåtas styra vården. Fler vårdplatser krävs för en patientsäker och människovärdig sjukvård.

Vintern 2009 slog Läkarförbundets huvudskyddsombud och en enskild läkare larm om att läkare på Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge på grund av bristen på vårdplatser tvingades fatta beslut som inte var acceptabla från patientsäkerhetssynpunkt. Patienter som egentligen borde ha lagts in skickades hem, andra patienter skrevs ut alltför tidigt, och ytterligare andra lades in på avdelningar som inte hade resurser och kompetens att ta hand om dem [1].

I september 2009 förelade Socialstyrelsen Stockholms läns landsting (SLL), med hot om ett vite på en halv miljon kronor, att göra något åt vårdplatsbristen vid Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge [1, 2].

Bristerna som låg till grund för hotet om vite kvarstod vid oanmälda besök i december 2009 och januari 2010. Därför beslutade Socialstyrelsen i mars 2010 att hos Förvaltningsrätten i Stockholm begära att vitet om en halv miljon kronor skulle dömas ut [2]. Även Arbetsmiljöverket är inkopplat i ärendet. I januari 2010 beslutade Arbetsmiljöverket att SLL ska betala

300 000 kronor i vite varje gång Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge tar in överbeläggningar utan att arbetsmiljöriskerna bedömts, och lika mycket när man bryter mot regeln om minst 80 cm mellan sängarna [3]. Detta beslut har Karolinska universitetssjukhuset överklagat till Länsrätten [3].

Vårdplatsbristen är en allvarlig krissituation inte bara för Stockholms län utan även för andra delar av vårt land. Antalet vårdplatser var drygt 300 färre 2008 jämfört med 2007. Inklusiva psykiatriplatser var antalet vårdplatser år 2008 nere på 2,8 per tusen invånare [4]. Bland OECD-länderna har endast Mexiko färre vårdplatser per tusen invånare inom somatisk vård [5].

Thomas Flodin, ordförande i Stockholms läkarförening, påpekade i en intervju i tidningen ETC Stockholm i september 2009 att det fattades minst 200 vårdplatser i Stockholm, och att patientsäkerheten riskeras varje dag.

Jag visade i en debattartikel om hemlöshet (LT 10/2009, sidorna 657-8) på stora minskningar av antalet slutenvårdsplatser inom allmänpsykiatri

och vuxenberoendevården (79 respektive 62 procent) inom SLL under åren 1993–2008 [6].

Att det finns ett samband mellan vårdplatsneddragningarna inom psykiatri och ökningen av antalet hemlösa med allvarlig psykiatrisk problematik talar följande siffror för: Åren 1993–1998 minskade de allmänpsykiatriska vårdplatserna inom SLL från strax under 2 600 till cirka 800. Under samma period ökade antalet hemlösa med påtaglig psykisk störning i Stockholms stad från drygt 500 till drygt 1 400 [7].

Personalneddragningar har också bidragit till den allvarliga situationen. På Karolinska universitetssjukhuset försvann motsvarande 529 årsarbeten från 30 juni 2008 till 30 juni 2009 [8].

Ur patientsäkerhetssynvinkel är det nödvändigt att ta reda på inte bara vad som händer inne på ett sjukhus när vårdplatsbrist uppstår och överbeläggningar måste göras. Minst lika viktigt, men betydligt svårare, är att undersöka hur det går för patienter

som söker vård och som på grund av vårdplatsbrist måste skickas hem när de egentligen borde ha lagts in. Det är också viktigt att följa upp patienter som måste skrivas ut alltför tidigt.

Av ovanstående framgår att det är nödvändigt att vi i Sverige, och inte minst inom SLL, snarast skapar tillräckligt med vårdplatser så att befolkningens slutenvårdsbehov kan tillgodoses på ett patientsäkert sätt.

Under många år har det skett en alltför stor och riskfylld neddragning av antalet slutenvårdsplatser. Detta även om man tar hänsyn till att olika behandlingsframtåg har medfört att en del åtgärder som tidigare krävde slutenvårdsresurser i dag kan utföras i öppen vård.

För att vi fortsättningsvis ska ha en god sjukvård fordras att öppen- och slutenvårdsresurserna är i balans. Speciellt anmärkningsvärt i sammanhanget är att Nya Karolinska universitetssjukhuset i Solna får cirka 200 färre slutenvårdsplatser än vad som finns i dag trots att



Det är anmärkningsvärt att det nya universitetssjukhuset i Solna kommer att få cirka 200 färre slutenvårdsplatser än vad som finns i dag, skriver Jan Halldin.

Illustration: Tengbom/Skanska/Nya Karolinska Solna



JAN HALLDIN
leg läkare, med dr,
Danderyd
jan.halldin@gmail.com

detta är den största enskilda svenska sjukhussatsningen någonsin [Dagens Nyheter 5 maj 2010]. Det måste också finnas tillräckligt med vårdpersonal som har möjlighet att fullfölja sina arbetsuppgifter på ett för vården och patienterna människovärdigt sätt. Dessutom bör vårdpersonalens arbetsmiljörisiker beaktas.

Avslutningsvis: Att Sverige – ett välfärdens föregångsland – numera hamnat i botten bland OECD-länderna när det gäller antalet vårdplatser per tusen invånare är uppseendeväckande och djupt oroande. Vi har under lång tid, trots en ekonomi som numera är i relativt god balans, dragit ned antalet vårdplatser inte minst inom SLL även för de mest utsatta grupperna. Har något hänt med våra grundläggande värderingar? Tidigare var det människosynen och människovärdet som styrde vården. Numera tycks en ensidig ekonomism ha tagit över. Hur ska vi lyckas få en nödvändig förändring till stånd?

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:* Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Lövtrup M. Landstinget riskerar vite för överbeläggning på Huddinge. *Läkartidningen*. 2009;106:2343.
2. Närlid M. Landsting kan tvingas böta en halv miljon kronor för Karolinska. *Läkartidningen*. 2010;107:815.
3. Lövtrup M. Karolinska universitetssjukhuset om överbeläggningarna: »Viten hotar patientsäkerhet«. *Läkartidningen*. 2010;107:571.
4. Lövtrup M. Vårdplatserna i Sverige fortsätter att minska. *Läkartidningen*. 2009;106:2193.
5. Lövtrup M. Vårdplatserna fortsätter att minska. *Läkartidningen*. 2010;107:1456.
6. Halldin J. Dags att få bukt med hemlösheten i Stockholm. *Läkartidningen*. 2009;106:657-8.
7. Halldin J. De hemlösa har rätt till vård och omsorg. Stort behov av särskilda öppenvårdsmottagningar. *Läkartidningen*. 2000;97:932-5.
8. Socialdemokraterna i Stockholms läns landsting. Personalnedskärningar slår mot patientsäkerheten. Pressmeddelande 14 oktober 2009. <http://www.bolagsfakta.se/pressreleaser/visa/pressreleaser/164461/B>

Läkarförbundet:

Satsa på beslutsstöd vid läkemedelsförskrivning

■ I en skrivelse till riksdagens socialutskott har Läkarförbundet lämnat synpunkter på regeringens proposition »Ökad kvalitet vid läkemedelsförskrivningen«, som nu bereds av utskottet. Det rör sig om förslag som syftar till att åstadkomma en bättre läkemedelsanvändning och stärka patientsäkerheten.

Det är förslag som delvis träffar vid sidan av målet för ökad kvalitet vid förskrivning av läkemedel. En av dessa grövre bommar är att Apotekens Service AB ska lämna ut uppgifter på individnivå om uttag av läkemedel och andra varor till landstingen.

Trots att det leder till kraftiga ingrepp i skyddet av den personliga integriteten förklarar regeringen inte hur krypterade individuppgifter ska leda till en förbättrad läkemedelsförskrivning. I stället nöjer man sig med att likställa kvalitet/säkerhet med god ekonomisk och medicinsk uppföljning.

Regeringen föreslår också att Receptregistret och Läkemedelsförteckningen ska innehålla obligatoriska uppgifter om förskrivarkod på receptet. Koden identifierar den enskilde förskrivaren.

I landstingen ska alltså någon – oklart vem – detaljkontrollera krypterade patientuppgifter för att se vilken förskrivare som inte följt alla handa rekommendationer.

I propositionen nämns ingenting om hur bristande följsamhet till riktlinjer eller rekommendationer ska hanteras och om eventuella sanktioner. Riskerar förskrivarna att bli av med sin arbetsplatskod?

Inte heller ges bristande följsamhet någon närmare



Illustration: Airi Ilite

definition. Här finns risk att varje landsting eller region gör sin egen tolkning. Likvärdigheten i vården riskerar därmed att sättas ur spel.

Naturligtvis anser Läkarförbundet att huvudmännen ska ha goda förutsättningar att bedriva ett kvalitets- och utvecklingsarbete i vården. Bland förslagen sker emellertid en olycklig sammanblandning av roller. Tillsynen av enskilda förskrivare i vården är främst en myndighetsuppgift.

Från uppföljningssynpunkt ger det ingen användbar information att jämföra vad enskilda förskrivarkoder genererat under en given tidsperiod. Förskrivare har ofta flera funktioner som gör att förskrivningsmönster varierar. I den mån någon vinst ligger i att identifiera förskrivare eller följa förskrivarmönster är den i dag lagreglerade arbetsplatskoden fullt tillräcklig.

Den åtgärd som verkligen skulle säkra läkemedelsanvändningen låter man däremot helt passera. Det handlar om att sätta press på landsting/regioner att utveckla informationssystem kring förskrivningen. System som ger hela vårdkedjan tillgång till relevant, aktuell och komplett information om vilka läkemedel som ordinerats till patienten och varför.

I propositionen handlar den förbättrade uppföljningen främst om att skärpa landstingens tillsyn och kontroll,

framför allt vad gäller förskrivarnas följsamhet till Socialstyrelsens riktlinjer, läkemedelskommittéernas kloka listor och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets subventionsbeslut.

Socialstyrelsens riktlinjer är inte tänkta att fungera som »kokbok« som ska styra allt i minsta detalj. Det är alltid omständigheterna i det enskilda fallet som ska avgöra det medicinska beslutet.

Dessutom ökar den administrativa belastningen i vården när alla avsteg från rekommendationer/riktlinjer ska motiveras.

Ingenstans i propositionen nämns heller hur tillsynen/uppföljningen av läkemedelsförskrivningen i en offentligt finansierad vård med stor mångfald av vårdgivare ska hanteras. Privata vårdgivare omfattas exempelvis inte av offentlighets- och sekretesslagstiftningen. Huvudmännen saknar här den möjlighet att hämta in journaluppgifter som de har hos de egna enheterna.

I stället för kostsamma kontrollsystem bör man lägga energi och resurser på att ge goda förutsättningar i förskrivningsögonblicket. Det ska vara lättare att göra rätt än fel. Satsa därför på ett kunskapsbaserat beslutsstöd, som används när läkemedel skrivs ut. Det är mycket bättre än att enbart i efterhand, och med osäker precision, kontrollera vad som hänt.

Mikael Rolfs
ordförande i Läkarförbundets
råd för läkemedel, IT och
medicinteknik
mikaelrolfs@hotmail.com

Per Johansson
utredare på Läkarförbundet
per.johansson@sif.se