

»Överbelastning på akutmottagningen« – svensk definition behövs

Överbelastning på våra akutmottagningar försämrar vårdkvaliteten och patientsäkerheten. Det behövs en standardiserad definition av belastningsgraden, kopplad till stöd för beslut om åtgärder.

Överbelastning inom vården och ökad tillströmning av patienter med akut vårdbehov är ett problem med allt större aktualitet. Överbeläggningar på vårdavdelningar är vanligt, och vårdplatsbrist förefaller vara den vanligaste orsaken [1]. Mellan åren 1999 och 2008 minskade antalet sängplatser på svenska sjukhus med 21 procent [2], vilket troligen är en alltför stor minskning. En konsekvens är att patienter som läggs in ofta måste vänta på en sängplats på en vårdavdelning, med ökad belastning på akutmottagningen som följd.

Belastningen på landets akutmottagningar har ökat även på andra sätt. Antalet patienter som söker akut vård har ökat dramatiskt [3, 4], patienterna är i regel äldre och mer multisjuka, och kraven på snabb utredning och behandling har blivit större. Långa väntetider till röntgen- och laboratorieundersökningar bidrar också [5]. Ett ökat tryck på akutmottagningar är en global trend [6-8].

Överbelastning på akutmottagningen är en allvarlig situation. Det försämrar vårdkvaliteten och minskar patientsäkerheten [9-11]. Omvårdnadsarbetet för-

summas, läkemedel glöms bort [12], och diagnostik och behandling, inklusive smärtlindring, försenas [9, 13]. Även för de mest akut sjuka patienterna försenas behandlingen och förlängs vistelsetiden [1]. Patienterna blir mindre nöjda med vården [14], och antalet oplanerade återbesök inom 72 timmar ökar [15]. Korttidsmortaliteten ökar också [10, 11].

Överbeläggningar på vårdavdelningar stressar personalen och minskar patientsäkerheten [1, 16]. En viktig orsak är att personalens beslutsfattande påverkas [1]. Det är inte känt om samma sak sker på en överbelastad akutmottagning. Vi valde därför att i en pilotstudie analysera om beslutsfattandet hos läkare på akutmottagningar ändras i relation till belastningen. Studien presenterades på det nationella mötet i akutsjukvård 2011 [17].

I studien ingick 17 245 retrospektivt identifierade medicin- och neurologipatienter som sökte vård vid akutmottagningen på Skånes universitetssjukhus i Lund under perioden 1 januari–31 augusti 2009. Som mått på belastningen valdes antalet sökande och närvarande patienter på akutmottagningen och platsbristen på sjukhuset mått som antalet externa patienter. Läkarnas beslut studerades med hjälp av inläggningsfrekvensen, och resultaten analyserades med linjär regression.

I genomsnitt lades 27 patienter in per dygn, och av totalt 6 540 inlagda patienter var 14,3 procent externa. En stark positiv korrelation ($r = 0,830$) fanns mellan antalet sökande per dygn och antalet inlagda patienter. Inläggningsfrekvensen per dygn (inlagda/sökande) var i genomsnitt 38,1 procent.

Ingen korrelation sågs mellan antalet sökande per dygn och inläggningsfrekvensen ($r = 0,124$), inte heller mellan antalet patienter på akutmottagningen (per timme) och inläggningsfrekvensen ($r = 0,129$). Det fanns inte heller någon korrelation mellan antalet externa patienter och inläggningsfrekvensen ($r = 0,063$).

Resultatet tyder på att läkarnas in-



Foto: Patrick Persson/Sydsvenskan/BL

Ortopedakuten i Malmö blev en dag i januari 2008 överbelastad av halkskadade patienter, varav flertalet fick vänta i timmar i korridoren. En extrem situation, men överbelastning på akutmottagningar är i dag ett allvarligt problem, skriver författarna.

läggningsbeslut inte nämnvärt påverkades av stressen och belastningen på akutmottagningen, vilket i sig är mycket positivt. Detta stöds också av tidigare studier [18, 19]. Andra handläggningsbeslut kan dock ha påverkats av belastningen [5, 9, 12, 13]. För att analysera detta behövs fler detaljerade studier av felaktigt hemskickade patienter, diagnostiska undersökningar, läkemedelsbehandling etc. Vårdutfallet för patienterna bör också studeras.

För att effektivt motverka överbelastning på akutmottagningar behövs en standardiserad definition. Socialstyrelsen arbetar med definitioner av överbeläggningar och platsbrist på vårdavdelningar [20, 21], men inte av akutmottagningar. I vår pilotstudie definierades belastningen endast utifrån antalet patienter på akutmottagningen och antalet externa patienter på sjukhuset. Detta är en rejäl förenkling.

En gemensam definition av landets akutmottagningar måste täcka in flera olika faktorer, inte minst då belastningen är dynamisk [22]. I USA har man tagit fram analysverktyget NEDOCS (National emergency department overcrowding score), som möjliggör en beräkning av graden av överbelastning och hur den uppstått [5]. NEDOCS har validerats mot expertbedömningar av belastningsgraden, men inte mot rele-

KAMELIA TADJERBASHI
AT-läkare, Ängelholms sjukhus
kamelia.tadjerbashi@skane.se
ARDAVAN KHOSHNOOD
underläkare, akutkliniken,
Skånes universitetssjukhus i Lund
MARTIN NORDBERG
doktorand, ST-läkare, VO Akut,
Södersjukhuset, Stockholm
ULF EKELUND
docent, överläkare, akutkliniken,
Skånes universitetssjukhus i Lund

vanta utfallsmått som antal felbehandlingar, mortalitet etc.

Vi föreslår att det skapas ett liknande verktyg för svenska akutmottagningar som skulle kunna innehålla följande faktorer:

- Antal inskrivna patienter
- Antalet vårdplatser på akutmottagningen
- Prioriteringsnivåer för inskrivna patienter
- Antal patienter som ännu inte bedömts av läkare
- Genomsnittlig vistelsetid för senast utskrivna patienter
- Antal vårdpersonal i tjänst
- Antal lediga vårdplatser på sjukhuset.

Systemet skulle kunna leda till förslag på standardiserade åtgärder vid olika belastningsgrader och generera statistik för långsiktig planering av verksamheten. En användbar modell bör arbetas fram i samverkan mellan flera svenska sjukhus av varierande storlek.

tas fram i samverkan mellan flera svenska sjukhus av varierande storlek.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Överbeläggningar – utlokaliserade patienter. Rapport från en nationell tematisk verksamhetstillsyn vid 6 sjukhus tisdagen den 5 augusti 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
5. Weiss SJ, Derlet R, Arndahl J, et al. Estimating the degree of emergency department overcrowding in academic medical centers: results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). *Acad Emerg Med.* 2004;11(1):38-50.
9. Trzeciak S, Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emerg Med J.* 2003;20(5):402-5.
17. Khoshnood A, Tadjerbashi K, Ekelund U. Do ED

and hospital crowding affect admissions from the ED? Svensk förening för akutsjukvårds nationella möte i akutsjukvård och Akutdagarna. 20 oktober 2011 [citerat 26 dec 2011]. <http://www.akutsjukvard2011.se/index1.asp?siteid=1&pageid=1>

19. Forster JA. The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition. *Acad Emerg Med.* 2003;10(2):127-33.

Läs mer Fullständig referenslista
Lakartidningen.se

apropå! En uppmärksammas dom



Foto: Europadomstolen

Gillberg borde ha fått rätt i Europadomstolen

Dagligen skriver svenska forskare i sin forskningspersonsinformation enligt etikprövningsnämndens anvisning om sekretess: »Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem.« Mot bakgrund av den svenska kammarrättsdomen och Europadomstolens prövning vet vi att denna försäkran inte står för någon garanti om sekretess för forskningspersonerna.

Forskare kan i Sverige dömas att till privatpersoner lämna ut uppgifter om forskningspersoner. Sverige följer därmed inte Helsingforsdeklarationen om de etiska principerna för medicinsk forskning på människor; internationellt vedertagna forskningsetiska regler gäller alltså inte i Sverige

I domar i början av 2000-talet fastslog kammarrätten att Christopher Gillberg, professor i barn- och ungdomspsykiatri vid Göteborgs universitet, skulle lämna ut forskningsjournaler till två privatpersoner.

Christopher Gillberg hamnade därmed i ett etiskt dilemma. Han hade först, av

staten (genom universitetets etiknämnd), ålagts att försäkra alla deltagande forskningspersoner sekretess, men hade sedan av staten (kammarrätten och universitetet) beordrats att bryta denna sekretess (även fast forskningspersonerna krävde sekretess). Därefter vägrades han av staten prövning av målet i högre instans (Regeringsrätten), och till sist dömdes han av staten (tingsrätt och hovrätt) för vägran att till två privatpersoner lämna ut dessa forskningspersoners känsliga uppgifter. Det är uppenbart att något är fel i denna händelsekedja, och det är svårt att förstå att felet skulle kunna vara Christopher Gillbergs. Ärendet har nu varit föremål för prövning i Europadomstolen för mänskliga rättigheter.

Hösten 2010 kom en minoritet i Europadomstolens för mänskliga rättigheter första kammare fram till att svenska staten kränkt Christopher Gillberg och åsamkat honom lidande. Majoriteten fann dock inte att något konventionsbrott hade begåtts.

I den nya prövningen i domstolen, offentliggjord den

3 april 2012, friades svenska staten i det mål mot Sverige som Gillberg som förste svensk lyckats ta hela vägen till domstolens högsta organ, Grand Chamber. Gillbergs juridiska ombud, Clarence Crafoord, Centrum för rättvisa, påtalar att Europadomstolen dock aldrig prövat kärnfrågan: om det var rätt av svenska staten att tvinga Gillberg att lämna ut sekretessbelagda uppgifter om forskningspersonerna.

Den ironiska paradoxen blir att Europakonventionerna och domstolen motarbetar sitt syfte, eftersom de tillkom för att skydda mänskliga rättigheter och förhindra att den medicinska forskningen kränker patienter.

Det kan bara finnas ett svar på hur man som läkare ska handla i det etiska dilemma som vår kollega Christopher Gillberg försattes i. Han följde vad läkaretiken föreskriver. Men han straffades hårt av svenska staten för det. Om Christopher Gillberg lämnat ut journaluppgifterna skulle hans läkargärning ha varit slut.

Professorn i medicin Johan Frostegård, Karolinska institutet, skriver med anledning

av bland annat Gillberg-ärendet (www.newsmill.se/node/6115), under rubriken »Ibland måste läkaretiken vara överordnad juridiken«: »Juridik och medicin behöver återupprätta en fungerande dialog och lagar och medicinsk praxis bör stämma överens; om så inte är fallet måste läkaretiken i sista hand ha företräde och fälla avgörandet.«

Vi vill ställa frågan till landets etikprövningsnämnder om hur den del som rör sekretess i forskningspersonsinformationen nu ska utformas. Vi är också intresserade av hur Läkarförbundet – som förutom att driva fackliga intressen även arbetar med frågor inom forskning och etik – ser på problemet.

Elisabeth Fernell
barnneurolog, professor i barn- och ungdomspsykiatri, Skaraborgs sjukhus, och Gillbergcentrum, Göteborgs universitet
elisabeth.fernell@vgregion.se

Magnus Landgren
barnneurolog, med dr, chefläkare, Rehabilitering och hälsa, Västra Götalandsregionen