

Vårdplatsbrist en orsak till smittspridning i vården

Makthavarna i svensk sjukvård tycks anse att få vårdplatser är något positivt, ja rentav prestigefyllt. Men en smittskyddskedja är inte starkare än sin svagaste länk. En fortsatt brist på vårdplatser kommer att underminera våra möjligheter att upprätthålla basala hygienrutiner. Risken är stor att vårt internationellt sett gynnsamma resistensläge kommer att haverera inom några få år. Frågan måste upp på makthavarnas dagordning!

Vårdverklighet 1: Karolinska Universitetssjukhuset veckan efter midsommar 2008. Sedan flera veckor har så gott som alla kliniker skurit ner sin verksamhet för sommaren, och Stockholms permanenta vårdplatsbrist har eskalerat till sitt årliga crescendo.

Primärjourer, bakjourer och koordinatörer lägger ner mängder av tröstlösa timmar på att finna vårdplatser och acceptabla ytor för att kunna baxa in de patienter som inte kan skickas hem. Det är en återkommande sommarlovsföljetong med en ständig cliffhanger: kommer vi att klara nästa patient också, eller blir det strået som knäcker kamelens rygg, med katastrofala följder för den enskilde?

Med höstens ankomst kommer vi, lika förutsägbart som att dagarna blir kortare, att få höra politiker, sjukhusdirektörer och chefläkare säga att vi efter omständigheterna klarat sommaren bra och tacka personalen för insatsen. Och personalen kommer, med samma förutsägbarhet, att se varandra i ögonen med ett snett leende och undra hur i hela friden dessa potentaters definition av »bra« ser ut.

Vårdverklighet 2: Sedan hösten 2007 har en spridning av vankomycinresistenta enterokocker (VRE), en synnerli-

gen svårbehandlad bakterie, uppdagats på Karolinska. Ett screeningprogram har påbörjats, och för närvarande har över 120 fall av utbrottsstammen upptäckts, även på andra sjukhus i Stockholmsområdet.

På liknande sätt uppdagades för ett par år sedan en spridning av ESBL-bakterier, multiresistenta gramnegativa tarmbakterier, på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Utbrottet orsakade ett stort antal allvarliga infektioner och ledde också till dödsfall. I dag är den

kända förekomsten av ESBL-fall i Sverige mer än dubbelt så stor som den mer uppmärksammade meticillinresistenta stafylokocken, MRSA [1]. Även antalet fall med denna patogen ökar stadigt, om än från en internationellt sett mycket låg nivå.

Kan det finnas något samband mellan dessa två verkligheter? Svaret är definitivt ja, vilket övertygande visas i en nyligen publicerad review-artikel i *The Lancet Infectious Diseases* med titeln »Overcrowding and understaffing in modern health-care systems: key determinants in meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* transmission« [2].

Författarna har valt att sätta fokus specifikt på MRSA-smitta, men de flesta slutsatserna gäller även övriga vårdrelaterade infektioner (VRI), vilket också framhålls i artikeln. Bakgrunden är den neddragning av vårdplatser, i syfte att nå högre kostnadseffektivitet, som skett i de flesta höginkomstländer, inklusive vårt eget. Detta leder till högre patientomsättning och högre belägg-



Foto: Erik G Svensson/Scapix

Brist på vårdplatser och personal leder till ökad arbetsbelastning, vilket försvårar goda hygienrutiner. Om detta får vårdrelaterade infektioner till följd ökar arbetsbelastningen ytterligare – en ond cirkel har då etablerats.



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

ningsgrad med periodvisa överbeläggningar.

Överbeläggning innebär relativ underbemanning (lägre personal-/patientkvot). Samtliga dessa faktorer är associerade med ökad incidens av MRSA och VRI. Detta är väl belagt i den vetenskapliga litteraturen, vilket författarna demonstrerar med rikhaltiga referenser, varefter man går vidare till att lika metodiskt belysa bakomliggande mekanismer: sämre följsamhet till handhygienregler vid ökad arbetsbelastning, lägre grad av kohortvård då personal blir tvungna att hjälpa till där behoven är som störst och mer omflyttningar av såväl patienter som personal.

Brist på enkelrum leder till försämrade eller uttömda isoleringsmöjligheter. Hög personalomsättning, utbrändhet med åtföljande sjukfrånvaro och graden av arbetsgivarengagemang i personalens välbefinnande har också sammankopplats med förekomsten av VRI, vilket kanske inte är så förvånande men föga diskuterat.

Förekomsten av MRSA kan i sin tur också förvärra plats- och personalbrist, vilket enligt författarna leder till en ond cirkel med ytterligare smittspridning som följd. Bakgrunden är att patienter med MRSA har en längre medelvårdtid och kräver mer personalresurser än övriga patienter, vilket minskar tillgången till lediga platser och tillgänglig personal. Detta torde gälla även för övriga VRI, eftersom dessa infektioner innebär ytterligare en behandlingskrävande diagnos förutom den som patienten primärt vårdas för.

Vid brist på enkelrum kan man också tvingas isolera patienter i flerbäddsrums, vilket blockerar lediga sängplatser och förvärrar platsbristen ytterligare. En mer extrem form av vårdplatsblockering ses vid skintagningsstopp, när en eller flera avdelningar inte kan ta emot patienter på grund av smittspridning inom avdelningen.

Detta har under senare år blivit en ganska vanlig företeelse på svenska sjukhus, framför allt i samband med nosokomiala gastroenteritutbrott, som ofta ger upphov till omfattande dominoeffekter vid sjukhuset, med negativ inverkan på både akuta och elektiva flöden.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att det finns gott stöd för att brist på vårdplatser, överbeläggningar och un-

derbemanning leder till fler VRI, men också det omvända – en hög förekomst av VRI leder till ökad platsbrist och arbetsbelastning, med risk för en *circulus vitiosus* utan slut.

Men är då dessa slutsatser relevanta för Sverige? Lancetartikeln utgår ju från en vårdverklighet där MRSA och andra multiresistenta bakterier utgör ett betydligt mer omfattande problem än i vårt land. Med detta sagt måste man ändå konstatera att det inte finns mycket som talar för att de mekanismer som författarna beskriver inte är universella. Den utveckling som vi sett under senare tid, med utbrott av flera

multiresistenta bakteriestammar, talar också för det.

Vi måste också inse att de fynd vi gör i samband med aktiv screening bara är toppen på ett isberg – för hur många potentiella patogener som vi *inte* specifikt letar efter kan inte ha överförts samtidigt? VRI är ett stort hot i sig, även utan åtföljande resistensproblematik.

Detta har också gått upp för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), som i en mätning i maj fann att 11,3 procent av sjukhusvårdade patienter drabbades av VRI [3]. VD Håkan Sörman kallar detta för oacceptabelt, och målet är nu att nå en halvering redan inom år 2009. Hur detta ska ske redogörs emellertid inte för.

ring redan inom år 2009. Hur detta ska ske redogörs emellertid inte för.

Intressant nog kan man på samma sida i Läkartidningen läsa att Sverige i dag har det lägsta antalet vårdplatser per capita i Västeuropa och USA, något som Roger Molin, en annan representant för SKL (biträdande chefen för vård och omsorg), kommenterar så här: »Vi ser det som ett tecken på att Sverige ligger i framkant i att använda sig av ny teknologi. Sverige har gjort mer omfattande strukturomvändningar än något annat land, vilket har förbättrat kvaliteten« [4].

Exakt hur vårdplatsbristen skulle vara kvalitetshöjande förklaras inte, men det förefaller som att det som vi från vårdgolvet upplever som ett elände från SKL ses som något positivt, kanske rent av prestigefyllt. Att då förvänta sig att SKL i kampen mot VRI kommer att fokusera på platsbristens roll i smittspridningens dynamik verkar naivt.

Det troliga är i stället att vi kommer

att få mer av det vi redan har: betoning av basala hygienrutiner. Ytterligare en anledning till detta är att handsprit, engångshandskar, plastförkläden och informationskampanjer är ganska billiga. Nya vårdplatser med åtföljande personal kostar betydligt mer.

Vi kan heller inte förvänta oss att nya vårdplatser ska tillskapas inom enskilda sjukhus eller kliniker, eftersom »budgetbalans« utvecklats till den offentliga vårdens egen variant av näringslivets kvartalskapitalism, en företeelse som prioriterar närsynta ekonomiska mål och förhindrar mer långsiktiga investeringar.

En smittskyddskedja är dock inte starkare än sin svagaste länk, och en fortsatt platsbrist kommer att underminera möjligheterna att upprätthålla de basala hygienrutinerna under dygnets alla timmar, året runt. Risken är då stor att vårt internationellt sett mycket gynnsamma resistensläge – som i dag besparar oss stora sjukvårdskostnader och mycket mänskligt lidande – kommer att haverera inom några år.

I sina slutsatser konstaterar Clements och medarbetare [2]: »The economic benefits of downsizing health-care systems are likely to have been offset by the increased burden of adverse events, such as MRSA infection, leading to a false economy.«

Låt oss slippa att hamna i denna falska ekonomi! Vårdplatsbristens betydelse för den nosokomiala smittspridningen måste upp på maktthavarnas dagordning. För att nå dit behöver alla parter informeras, inklusive medier och en bredare allmänhet. Läkarkåren och dess organisationer har här en historiskt viktig uppgift.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Ohlin E. ESBL-bildande bakterier vanligare än MRSA. Läkartidningen. 2008;105:1824-5.
2. Clements A, Halton K, Graves N, Pettitt A, Morton A, Looke D et al. Overcrowding and understaffing in modern health-care systems: key determinants in methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* transmission. *Lancet Infect Dis*. 2008;8: 427-34.
3. Var tionde drabbas av vårdrelaterad infektion. Läkartidningen. 2008;105:1914.
4. Ohlin E. Få vårdplatser inte bara gott tecken. Läkartidningen. 2008;105:1914.

Fler debattinlägg på sidan 2186.