

Gör som i Norge, skilj akut från planerat

Struktur och arbetssätt kan påverka problemet med vårdrelaterade infektioner i sjukvården.

Vårdrelaterade infektioner är ett stort hot mot sjukvården i dag och i framtiden. Många förslag om hur de ska reduceras har diskuterats i medierna de senaste åren. Man har föreslagit allt från bättre handhygien på sjukhusen till minskad antibiotikaanvändning i såväl sjukvården som livsmedelsindustrin och djurhållningen.

Ingen eller mycket få har diskuterat sjukvårdens struktur och hur vi bedriver sjukvård samt relaterat detta till infektionsproblematiken. European Centre for Disease Prevention and Control [1] redovisade för några år sedan att fyra miljoner av Europas invånare drabbas av en vårdrelaterad infektion per år, vilket i absoluta tal är 1 procent av alla invånare i Europa. Av dessa dör nästan 1 procent, det vill säga 37 000 patienter.

Bristen på vårdplatser inom akutsjukvården har diskuterats mycket på grund av överbelägningsproblematiken. »Overcrowding« på akutsjukhus är ett globalt problem som belysts i flera internationella artiklar och gäller oavsett antal vårdplatser i olika länder. Norge har till exempel 30 procent fler vårdplatser än Sverige [2] men lika stor överbeläggning även i områden som inte är glesbygd, till exempel Oslo [3]. Man använder de sängar man har.

Även länder med upp till tre gånger så många vårdplatser som Sverige har en betydligt större problematik med vårdrelaterade infektioner. De länder som har flest sängar har också fler patienter inlagda på sjukhus per 1 000 invånare, och det är ju på sjukhus som patienterna får sin infektion. Dessa länder har dessutom längre vårdtider. Införandet av

dagkirurgi är sannolikt en av de största orsakerna till att mindre kirurgiska ingrepp i dag inte leder till infektioner. SDA (»same day admission«) har länge varit ett begrepp i USA; om du inte kan sova hemma natten före en elektiv operation ligger du på ett patienthotell för att undvika att kontamineras av sjukhusbakterier. Trots att det saknas vetenskapligt stöd uppfattas i USA sjukhusmiljön som potentiellt infektionsskapande, men tänker vi så även i Sverige?

På akutintagen blandas patienter med infektioner med patienter utan infektioner, och vi blandar immunsupprimerade patienter med patienter med infektioner, allt sker utan struktur. På samma sätt blandas patienter på vårdavdelningar, patienter med och utan infektioner på vårdrum, och patienter med akuta sjukdomstillstånd blandas med patienter som ska genomgå planerad behandling eller operation.

Påverkar detta arbetssätt infektionsproblematiken? Ja, jag kan konstatera att vetenskapen nyligen hunnit ifatt det sunda förnuftet då man visat att enkelrum till patienter minskar infektionsproblematiken på akutsjukhus. Ju större omsättning av patienter på flerbäddsrum, desto högre infektionsfrekvens [4].

Vi skickar okritiskt in äldre multisjuka patienter till sjukhusens akutintag utan att en adekvat medicinsk bedömning gjorts av läkare i hemmet eller på sjukhem trots att undersökningar visar att sådana bedömningar avsevärt kan reducera antalet äldre sjuka som skickas in till akutsjukhusen. Om nu, som föreslagits i en del landsting, små barn ska ha rätt till medicinsk bedömning av läkare i hemmet är det inte för mycket begärt att detta också sker med våra äldre. Det skulle skapa en mycket mer human vård om äldre patienter får rätt till en medicinsk bedömning av kompetenta läkare hemma eller på sjukhem.

Rapporter visar att planerade ingrepp på patienter på akutsjukhus har högre infektionsfrekvens än planerade ingrepp på patienter som opereras på sjukhus med enbart planerad vård. Därför byggs det nya norska sjukhuset i Sarpsborg, Østfold, som ett akutsjukhus med cirka 400 sängar i enkelrum och med en



Foto: Nelly Herzberg/Sydsvenskan/IBL Bildbyrå

På akutintagen blandas patienter med infektioner med patienter utan infektioner. Det är dags att börja skilja akut sjuka patienter från patienter som ska genomgå planerad vård, anser Ulf Ljungblad.

stor »short-stay-enhet« med 60 sängar i anslutning till akutintaget, för snabb omsättning av patienterna. Det gamla sjukhuset i Moss ska användas för elektiv vård och ren elektiv kirurgi.

Man planerar också att utnyttja befintlig IT-teknik med trådlös överföring och kommunikation (webbkameror) mellan läkare i hemmen och på sjukhusen och specialisterna på akutsjukhuset för att undvika onödiga transporter av gamla multisjuka patienter. Det är fullt möjligt att trådlöst överföra EKG, syrgasmättnad, andningsfrekvens etc och visualisera patienten via webbkamera innan man beslutar sig för att fysiskt flytta patienten. Varför görs inte detta redan, när det dessutom sker i andra länder? Det finns till exempel elektroniska filter som kan samla biologiska data och skicka dessa vidare, och en webbkamera kostar inte mer än en ambulanstransport.

Vid planeringen av det nya Østfold-sjukhuset hade jag kontakt med projektet Nya Karolinska och fick uppfattningen att detta högspecialiserade sjukhus inte ska ha ett konventionellt akutintag, men jag har förstått att det nu blir så. Det är tragiskt att man så underskattar infektionsproblematiken för patienter som kräver högspecialiserad vård. Ett konventionellt akutintag utsätter de andra patienterna för en ökad infektionsrisk. Det är inte ovanligt att banala gastroenteriter leder till att både avdelningar och kliniker får stänga, vilket inte minskar problematiken. Gastroenterit överförs nästan alltid genom akut inlagda patienter från sjukhem eller hem.

Det är dags att på allvar börja skilja akut sjuka patienter från patienter som ska genomgå planerad vård samt att bedriva denna vård separat. Ett långsiktigt arbete måste påbörjas med att inrätta fler enkelrum inom akutsjukvården. Vi kan



ULF LJUNGBLAD
med dr, f d sjukhusdirektör,
Sykehuset Østfold; direktör,
Helse Sør-Øst RHF, Norge
ulf.ljungblad@helse-sorost.no

inte se sjukhusvården separat från sjukhem och hemsjukvård, utan måste utnyttja de tekniska resurser som redan finns för kommunikation mellan sjukhus och primärvård.

Uppdelningen av gamla och multisjuka patienter i antingen sjukhuspatienter eller patienter tillhörande primärvården är ett föråldrat synsätt. Dessa vårdnivåer måste integreras mer bland annat med hjälp av tekniska resurser för att sjukvården för våra äldre ska bli

mer human. När den äldre multisjuka patienten blir ett samarbetsprojekt mellan det som i dag kallas primärvård och specialistvård blir styckprisfinansieringen med DRG-ersättning meningslös, och det svartepetterspel som sker med våra gamla patienter mellan landsting och kommuner kommer att försvinna.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008. Stockholm: ECDC; 2008.
2. European Commission. Eurostat. Number of Hospital beds, EU 27 (per 100 000 inhabitants). <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00046>
3. Helseidrektoratet. Kvalitetsindikatorer spesialisthelsetjenesten. N-001 Korridorpatienter. <http://nesstar2.shdir.no/kvalind/>
4. Lanbeck P. Enkelrum minskar infektionsspridning. Läkartidningen. 2011;108:386.

apropå! Peter Pronovosts moraliska val:

Orsakerna ligger inte utanför, inte innanför, utan mellan oss!

Plötsligt stod han där, längst framme på scenen – Peter Pronovost, estradören, i välskuren mörk kostym, oklanderlig vit skjorta och en slips som kastade ett grönt skimmer ut över salen. Kontrasten blev stark när han sa: »Vi måste ändra vår attityd. Vi måste bli mer ödmjuka!«

»Låt mig inte dö!« vädjade tvåbarnsmamman med stark hereditet för subaraknoidalblödning. Den klarade man bra. Hon dog av en sjukhusinfektion. Den tre och ett halvt år gamla flickan dog inte heller av sin sjukdom utan av en infektion. Hennes förtvivlade moder krävde den ansvarige chefen på ett ärligt svar.

Peter Pronovost slog ut med armen mot oss: »Ni vet, jag svarade som vi brukar! Det var många faktorer. Vi gjorde allt vi kunde.«

Till sist måste han kapitulera, tystna.

»Du har rätt!« sa han. »Ditt barn var värt en bättre vård.«

Och så kom de två oerhörda satserna: »Mitt sjukhus, Johns Hopkins universitetssjukhus, dödade den lilla flickan.«

Och än värre, om sig själv som chef: »Jag ville inte döda, men jag gjorde det!«

Det är första gången jag hör en ansvarig läkare så tydligt ta personligt ansvar för bris-

terna i det sjukhussystem vi skapat tillsammans. En förutsättning för radikala förändringar.

Under sju miljoner år var vi en ekologiskt obetydlig afrikansk djurart på omkring 50 000 individer. Alltid hotade av yttre fiender: naturkatastrofer, vilda djur, hungersnöd. Under 250 år har vi nu byggt ett aldrig tidigare skådade samhälle föga anpassat till våra evolutionärt utvecklade förmågor.

Tidigt upptäckte man att samhällets fysiska utformning krävde stora offer. Människor dog i mängd – i industrier, på vägar och i luften. Enligt väl inövade tankebanor förlade man orsakerna utanför människan. Öde, slump. Inget vi kan göra något åt.

Senare identifierade man enskilda människor som gjort fel. Olycksfågeln blev syndabockar. Orsakerna förläggs nu inne i människan. Först mot slutet av 1900-talet börjar man tänka i system. Orsakerna förläggs nu mellan människorna, till de komplicerade system vi skapat. Då kom de stora framgångarna.

I början på 1980-talet upptäcker man att också samhällets psykosociala konstruktion skördar sina offer. Människor dör i mängd; i suicid dör globalt en miljon varje år.

Många tror fortfarande att det beror på ödet eller slumpen, inget vi kan ta ansvar för eller göra något åt.

Huvuddelen av suicidpreventionen har emellertid fastnat i ett isolerat individperspektiv. Det är enskilda personer med depression som är problemet. Diagnostik och behandling av dem är suicidpreventionens kärna. Först nu är vi beredda att ta steget över i systemtänkande, med möjlighet till personligt ansvar för de system som dödar dem. Det är först genom systemen som vi kan få syn på den enskilda personen. Först nu kan vi förvänta oss de goda resultaten. Om några decennier eller senare. Därför måste vi börja nu.

»Gå inte på det!« varnade

Peter Pronovost och citerade Margaret Mead: »Många tänker att en enskild person, en enskild grupp, inte kan förändra världen. När sanningen är att världen aldrig förändrats utan ett en enskild person, en enskild grupp, börjat göra det.«

Så krönte han föredraget med berättelsen om Roger Bannister, som i maj 1954 sprängde drömmilen, den förste under fyra minuter. Avgörande var att Bannister trodde att det var möjligt och att han arbetade målmedvetet och hårt för att lyckas.

Peter Pronovost införde en enkel checklista för att hindra smitta genom sond eller kateter. Kring checklistan skapade han en säkerhetskultur som spred sig. Hundratusentals onödiga dödsfall undveks. Konkret visade han att en persons, en grupps insatser kan ha genomgripande betydelse. Som fraktaler sprider sig mönstret i nya sammanhang. Han trodde att det var möjligt, därför gick det.

»Jag ville inte döda, men jag gjorde det!« Det personliga ansvarstagandet inför döden är första steget för att åstadkomma förändringar inom de mycket komplicerade och ofta dödade strukturerna/systemen mellan oss. Den gången gällde det infektioner. Men det gäller också olyckor, också suicid, också globalt, också fem i tolv. Så kan Peter Pronovosts moraliska handling bli början på en smärtsam process som leder till frihet och handlingskraft.

Peter Pronovost, anestesilog och forskare vid Johns Hopkins University School of Medicine, inledningstalade vid årets medicinska riksstämman.



Foto: Göran Segeholm

Jan Beskow

professor, psykiater, Göteborg; vice ordförande i Suicidprevention i Väst (SPIV) jan.beskow@informab.se