

"Ett extra tryck att jobba vidare med vårdplatsfrågan"

Sjukhusläkarens granskning fyller ett viktigt syfte och diskuteras i bland annat SKR:s nätverk för hälso- och sjukvårdsdirektörerna. Det berättar **Johan Kaarme** som är chef på avdelningen för vård och omsorg på SKR.

TEXT MALIN GAVELIN FOTO HANS ALM

– **VI SER INTE DEN** här typen av aggregerad nationell data så ofta. Vi har inte haft den överblicken när det kommer till dödsfall och orsakerna bakom dessa. Det fyller därför ett viktigt syfte att få ta del av det på det här sättet som vi får göra genom er granskning, säger Johan Kaarme som är chef på avdelningen för vård och omsorg på SKR sedan snart ett år tillbaka.

Den aggregerade data man tidigare har haft tillgång till har en annan inriktning där man visserligen anger nyckeltal och för statistik över vårdskador, men överblicken kring just dödsfall saknas, berättar han.

– Jag personligen hade gärna sett att det hade funnits. Dödsfallen ni beskriver är ju extremen av när det går fel inom vården och det berör verkligen. Det är oerhört tragiskt att människor dör till följd av vårdplatsbrist och resursbrist och det behöver vi såklart gå till botten med.

Kommer ni inom SKR att förändra ert arbetssätt på något sätt med tanke på resultatet av den här granskningen?

– SKR:s roll är till stor del att stötta regionerna med dataunderlag. Vi sammanställer och analyserar och bidrar med de data som ingen annan sitter på eller sammanställer. Vi försöker att omvärldsspana och sprider goda exempel bland annat med hjälp av våra 200 nätverk runt om i landet. Där kan jag bland annat nämna att er granskning har nämnts och kommer att diskuteras i det nätverk för hälso- och sjukvårdsdirektörerna som jag själv deltar i.

– Ett sånt här inlägg i debatten ger självklart ett extra tryck att jobba vidare med patientsäkerhets- och vårdplatsfrågan. Vi kommer att fortsätta propagera för användandet av verktygen med avvikelsehantering och händelseanalys ute i regionerna. Sedan är det viktigt att vi tittar vidare

lokalt på de analyser som har gjorts. Orsaken till tillbuden kan nog se väldigt olika ut i olika delar av landet. Det stora jobbet behöver därför göras ute i regionerna, där möjligheten finns att med chefläkarna och patientsäkerhetsenheterna fördjupa diskussionen och analysen utifrån fallen.

Vi har pratat med chefläkare som menar att regionerna och sjukhusen själva borde gå till botten med de här frågorna och börja granska sina journaler i efterhand – hur ser du på det? Kan SKR stötta regionerna i ett sådant arbete på något sätt?

– Det är ingen dålig idé. Chefläkarna är de som kan det här allra bäst. Jag upplever att det delvis görs redan men det finns alltid förbättringspotential på det här området och även här ser det väldigt olika ut runt om i landet. I Halland finns det till exem-



”*Dödsfallen ni beskriver är ju extremen av när det går fel inom vården.*”

pel ett intressant pilotprojekt där jag har förstått att man tittar på markörbaserad journalgranskning kopplat till AI så man snabbt kan skanna av ett stort underlag. Förhoppningen är att den nya tekniken ger en möjlighet som inte fanns förut. Förutom att sprida goda exempel och öka på initiativet att lyfta de här frågorna finns det andra sätt för oss på SKR att stötta regionerna i den här typen av arbete. Till exempel genom den stora patientsäkerhetssatsningen som vi drev mellan 2013-2023 som bidrog till att fördjupa patientsäkerhetsarbetet på flera sätt.

– I den rapport som vi nyligen publicerade kunde vi bland annat se att vårdskadorna hade minskat under denna period, liksom även de undvikbara vårdskadorna som minskade från 8,7 procent till 5,8 procent. Så arbetet går inte åt fel håll. Den här trenden behöver vi hålla i och arbeta vidare med. Alla vill ju att vårdskad-

orna ska gå ner och att vi ska ha tillräckligt många vårdplatser – där är vi alla helt överens.

Hur arbetar ni för att komma tillrätta med vårdplatsbristen idag?

– Vårdplatsbristen är inget nytt fenomen och Sverige är ett av de länder med lägst antal vårdplatser i OECD. Att bara lösa utmaningarna genom att rekrytera fler för att bemanna vårdplatser är inte ett alternativ eftersom prognoserna visar att antalet som kommer ut på arbetsmarknaden kommande decennium inte kommer att räcka. Därför måste vi hitta andra sätt. Vid sidan om att rekrytera, behålla och bemanna behöver vi också minimera icke värdeskapande insatser och prioritera tuffare. Men det behövs även andra åtgärder – som bättre samverkan mellan regioner och kommuner, ny teknik och taskshifting. Där har vi på SKR en väldigt viktig roll. Men det stora

jobbet med att säkerställa platser för vård behöver göras ute i regionerna. Halland har till exempel minst antal vårdplatser per invånare men är också en av de regioner med minst antal överbeläggningar och utlokaliseringar. De har mellan 2015-2019 gjort en strukturerad neddragning av antalet vårdplatser med 20 procent och samtidigt börjat jobba på nya sätt genom att bland annat erbjuda mer vård hemma och vård polikliniskt där det var möjligt.

– I Västernorrland har man på samma sätt och med mycket fina utfall lyckats minska antalet vårdplatser inom psykiatri med dryga 50 platser, för att i stället ge vården hemma för de patienter där det är medicinskt och praktiskt möjligt. Målet är förstås alltid att ha ett tillräckligt antal vårdplatser. Så även om det är tufft på många håll så finns det goda exempel. Det är värt att påminna om. ◀

"Sjukhusen borde granska detta **systematiskt**"

Sjukhusen borde själva börja punktstudera sina journaler med extern hjälp för att identifiera de fall där vårdplatsbrist eller resursbrist ligger bakom felhändelser. Det anser chefläkaren **Pelle Gustafson**, en av grundarna av nätverket Sveriges chefläkare, efter att ha tagit del av Sjukhusläkarens granskning.

TEXT MALIN GAVELIN

– **DET ÄR KLART** att det ligger något i det ni har sett när ni har tittat på de här fallen – att vårdplatsbristen många gånger är en bidragande orsak till att patienter dör på våra sjukhus. Och att tränga akutmottagningar gör att patienternas behandlingar fördröjs. Men det skulle kunna finnas både fler och färre fall av det här slaget, säger Pelle Gustafson.

Han menar att orsakerna till felhändelserna som finns i lex Maria-ärendenas händelseanalyser inte alltid ger hela sanningen. För att gå riktigt till botten med problematiken skulle man därför behöva införa ett system på sjukhusen där själva originalhandlingarna i journalerna med extern hjälp punktstuderas och granskas systematiskt, anser han.

– **DET HÄR ÄR INGENTING** som IVO, Socialstyrelsen eller någon myndighet kan eller bör göra utan här skulle varje sjukhus eller region själv behöva bestämma sig för att identifiera de bakomliggande orsakerna till varför det går snett.

Journalerna skulle då behöva granskas både av läkare och andra som arbetar på plats och kan organisationen – men också av yttre ögon som kan ha

lättare att se andra typer av felkällor så objektivt som möjligt, menar **Pelle Gustafson**.

– Framför allt kan jag se tre områden som skulle må bra av en djupare granskning. Dels patienter som läggs in som överbeläggningar eller utlokaliseringar, dels patienter där det finns en uppfattning om att de borde ha lagts in givet att det fanns vårdplatser men som istället skickas hem. Det är ett jättejobb förstås – men framför allt den här sistnämnda patientgruppen vet vi mycket lite om hur det faktiskt går för.

Det är en högst mänsklig faktor att helt eller delvis försöka lägga skulden vid sidan om sig själv och skylla på till exempel vårdplatsbrist i fall där det går snett, menar Pelle Gustafson, som själv har ombetts granska hur bristen på infektionsplatser påverkade utgången för patienter med allvarlig infektion.

– Det rörde sig om något av en epidemi av patienter som avled i allvarlig infektion där man beskrev bristen på infektionsplatser som den bakomlig-

gande orsaken. Men när jag och andra tittade närmare på detta visade det sig att i tre av de här åtta fallen

hade vårdplatsbristen ingenting alls med saken att göra. I stället handlade det om kompetensbrist. Patienterna blev inte rätt handlagda från första början.

Det återkommande problemet då visade sig vara att patienterna hade blivit bedömda av en alltför junior besättning av läkare som inte hade haft nödvändigt stöd av seniora kollegor, menar Pelle Gustafson.

– **OCH VI KAN INTE** bota kompetensbrist med fler vårdplatser. Där skulle man i stället behöva ändra rutinerna och organisationen kring vilken läkarcompetens som initialt bedömer infektionspatienterna. Det är först när vi vet de riktiga orsakerna till varför det går snett som vi kan sätta in de riktiga botemedlen. Men har vi de facto resursbrist – ja då är det ju självklart det som ska åtgärdas. ◀

Läs mer! En längre version av texten finns på sjukhuslakaren.se.



forxiga
(dapagliflozin)

Forxiga gör skillnad.

Den enda SGLT2-hämmaren med visad mortalitetsreduktion vid både kronisk hjärtsvikt (HF) och kronisk njursjukdom (CKD)¹

Forxiga minskar risken för kardiovaskulär död med 15% hos patienter med hjärtsvikt (HFrEF, HFmrEF och HFpEF) jämfört med placebo RRR (ARR 1,5% p=0,01).^a

Forxiga bromsar sjukdomsförloppet och förlänger överlevnaden med 39% hos patienter med kronisk njursjukdom (CKD), jämfört med placebo, RRR (ARR 5,3%, p<0,0001).^b

^aPrimärt effektmått kardiovaskulär död.

^bPrimärt sammansatt effektmått ≥50% varaktig försämring av eGFR, terminal njursvikt (ESKD), kardiovaskulär eller renal död.

1. Forxiga produktresumé 2024-08-09.

Forxiga® (dapagliflozin) 10 mg filmdragerade tabletter SGLT2-hämmare. Rx, (F).

Indikationer: **Diabetes mellitus typ 2:** Forxiga är avsett för vuxna och barn i åldern 10 år och äldre för behandling av otillräckligt kontrollerad diabetes mellitus typ 2 som ett komplement till diet och motion 1) som monoterapi när metformin inte anses lämplig på grund av intolerans 2) som tillägg till andra läkemedel för behandling av diabetes mellitus typ 2. Subventioneras endast som tillägg till behandling med metformin eller när metformin inte är lämpligt. **Hjärtsvikt:** Forxiga är avsett för vuxna för behandling av symtomatisk kronisk hjärtsvikt. Subventioneras endast för patienter med symtomatisk kronisk hjärtsvikt. **Kronisk njursjukdom:** Forxiga är avsett för vuxna för behandling av kronisk njursjukdom. Subventioneras endast vid kronisk njursjukdom som tillägg till behandling med RAAS-blockad, eller där behandling med RAAS-blockad inte är lämplig. **Varningar och försiktighet:** På grund av begränsad erfarenhet är det inte rekommenderat att initiera behandling med Forxiga hos patienter med GFR <25 ml/min. Den glukossänkande effekten av Forxiga är beroende av njurfunktionen och är reducerad hos patienter med GFR <45 ml/min och saknas sannolikt hos patienter med kraftigt nedsatt njurfunktion. Om GFR sjunker under 45 ml/min bör därför ytterligare glukossänkande behandling övervägas hos patienter med diabetes mellitus om ytterligare glykemisk kontroll behövs. Forxiga ska inte användas för behandling av patienter med diabetes mellitus typ 1. SGLT2-hämmare ska användas med försiktighet hos patienter med förhöjd risk för diabetesketoacidosis. **Viktig säkerhetsinformation:** Vid misstanke om den sällsynta men livshotande infektionen Fourniers gangrän (nekrotiserande fasciit i perineum) ska SGLT2-hämmare sättas ut och akut behandling påbörjas. Senaste översyn av produktresumén: 2024-08-09.

För ytterligare information och priser se www.fass.se. AstraZeneca AB www.astrazeneca.se

AstraZeneca

www.astrazeneca.se