

DEBATT

Redaktör Carina Stensson Bitr redaktör Björn Jorner
Debattredaktionen debatt@svd.se Telefon 08-13 51 49
Webb: SvD.se/debatt Twitter: twitter.com/SvDDebatt Facebook: SvD Debatt

Debatt | Alkohol

Dags att utvärdera alkoholpolitiken

Idén om att politiker genom begränsad tillgänglighet och höga alkoholskatter kan styra alkoholkonsumtionen förefaller ha svagt stöd i verkligheten. Det skriver Anna De Geer, Sprit- och vinleverantörsföreningen.

SvD.se/debatt



Fotograf: Christine Olsson/TT

Replik | Svenska kyrkan

En förenklad historieskrivning

Att Svenska kyrkans nationella nivå har fått en ökande politisk påverkan är sant. Men det är inte sant att det är ärkebiskopens fel, skriver Klas Hansson, docent i kyrkohistoria, i en replik.

SvD.se/debatt



Fotograf: Fredrik Persson/TT

Brist på iva-platser skapar en ond cirkel

Det är dags för ärlighet om bristen på intensivvårdsplatser i Sverige och vilken konsekvens den har för patienterna.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har startat en viktig granskning av vårdplatser. Man har gett regionerna i uppdrag att redovisa vårdplatsbehov och olika yrkesgruppers personalbehov. Sveriges kommuner och regioner har inte velat ange ett nationellt mål för antal iva-platser.

Antalet iva-platser är nu lägre än före pandemin, på grund av personalbrist. Försämrade arbetsmiljö gör att personal (läkare, sjuksköterskor och undersköterskor) flyr intensivvården. En viktig anledning är etisk stress, ett begrepp definierat som stress "när vi tvingas handla mot våra moraliska värderingar". En av de viktigaste orsakerna till etisk stress är resursbrist, som nu är ett stort problem. Vi ser en ond cirkel.

Inom intensivvård vårdas kritiskt sjuka patienter som är beroende av livsuppehållande behandling som respirator, dialys och potenta läkemedel. Andra patienter behöver intensiv övervakning. De löper stor risk att försämrats på en avdelning med mindre resurser. På iva finns också patienter under förbättring som närmar sig utskrivning men ofta är instabila och riskerar att bli sämre.

Sverige har 4,8 iva-platser med respirator per 100 000 invånare medan Tyskland har 13,8 med respirator, Danmark 7,8, Norge 8,5. Data från SIR (Svenska intensivvårdsregistret) visar att åren 2014–21 skedde en kraftig ökning av medelvärde för svårighetsgrad av sjukdom (mätt som "vårdtyngd") hos patienter som vårdades på iva. Samtidigt var antalet vårdtillfällen detsamma. Patienter som 2014 vårdades på iva fick även innan pandemin inte längre plats, utan vårdades på avdelningar med mindre resurser. De följts inte upp.

Bristen på iva-platser beror på en mångårig underfinansiering, som lett till ansträngd arbetsmiljö. Personal lämnar yrket, utbildningsplatser står tomma trots återkommande satsningar.

Resursbristen inom intensivvården kan beskrivas så här: att acceptera och ta in en ny svårt sjuk patient till iva förutsätter att en annan patient skrivs ut. Likaså ofta kan det samtidigt finnas svårt sjuka patienter på vårdavdelningar, men bara en enda plats

ledig på iva. Risken finns att vi tvingas skicka patienter för tidigt till vårdavdelning och att de där blir sämre. Försenade beslut och åtgärder är också förknippade med risk för försämring av patienter. För patienter med absolut behov av iva-vård för att överleva skapas alltid plats. Ofta betyder detta övertid, transporter, eller överbeläggningar, som riskerar medföra att andra patienter får sämre vård.

När patienter riskerar att skadas men behovet av intensivvård inte är absolut är det svårare. Som iva-läkare värderar vi den medicinska risken hos enskilda patienter och tvingas ofta välja vilken risk vi är beredda att acceptera. När medicinska behov finns hos flera hamnar man till slut i andra val, till exempel ett lägre risktagande med en småbarnsförälder.

Läkare på iva tillbringar mycket tid med att förstå vem som utifrån en riskvärdering är mest acceptabel att flytta. Det är resurskrävande att först försöka hitta lediga platser på andra sjukhus och sen transportera. Detta är en ineffektiv användning av medicinska resurser, det blir svårare att ge god vård. Dessutom är det inte värdigt att ofta transportera medvetslösa patienter på grund av platsbrist. Flytt av iva-patienter ger förlängda vårdtider, sämre kontinuitet och ofta förtvivalade anhöriga.

Ofta kommuniceras "patientsäkerhet" från ledningshåll som hotad, eller inte. Den typen av formuleringar har låg trovärdighet på verksamhetsnivå. Alla vet att patientsäkerheten är en gråskala! När tempot i arbetet skruvas upp ökar risken för misstag. När risktagandet med patienters liv och hälsa når en nivå där personalen upplever en påverkad arbetsmiljö kan inte patientsäkerheten längre beskrivas som god.

Att tvingas ta svårberäknade risker med andras hälsa skapar etisk stress för personalen. Det har sina egna konsekvenser, men när det blir fel drabbar det direkt och kompromisslöst patienter och anhöriga.

Allt fler i personalen går till bemanningsföretag eller lämnar intensivvården. Bemanningsföretag ger högre löner och man kan som enskild medarbetare styra hur mycket och när man vill arbeta. När allt fler i perso-



Intensivvård på Södertälje sjukhus under pandemin.

Foto: Staffan Löwstedt



Systematiska lagbrott i styrningen av vården

11/2: Hur är det möjligt att regelmässiga lagbrott inom sjukvården kan fortgå år efter år utan att någon ställs till svars, frågar 126 läkare.

SvD.se/debatt

nalen kommer från bemanningsföretag försämrade situationen för kvarvarande regionanställda. Det blir en ond cirkel.

Det är rimligt att antalet platser inom intensivvården hamnar på samma nivå som Norge och Danmark, åtta iva-platser med respirator per 100 000 invånare. För att nå den nivån måste sjukhusen ges möjlighet att göra det attraktivt att vara anställd, jämfört med att arbeta för bemanningsföretag.

En viktig fråga för anställningsvillkoren, och för vårdens kvalitet, är att det finns tillräckligt mycket utrymme för verksamhetsförbättring och personlig kompetensutveckling.

Länge har man försökt öka antalet grundutbildningsplatser för sjuksköterskor och ordna specialistutbildning för dem anställda på iva. I stället har samtidigt resursbristen förvärrats, i relation till de utökade uppdragen för intensivvården.

Man kan inte fortsätta och bara hänvisa till att man har satt ett mål att öka utbildningen. Många fler åtgärder måste till för att dessa nya krafter ska vilja stanna på iva. Det är nödvändigt att regionernas ledning och universitetens samarbetar bättre. Man måste nu lära av historien, vara mer radikal, och inte fortsätta att upprepa det som misslyckats. Efter Ivos krav på redovisning av planer hoppas vi på en bättre planering och transparent uppföljning. För patienternas skull måste antalet iva-platser öka i Sverige.

Maja Ewert
ordförande Svensk förening för anestesi och intensivvård, SFAI
Claes Frostell
vice ordförande SFAI
Eva Hannerz Schmidtke
ordförande delföreningen för etik inom SFAI
Johnny Hillgren
ordförande Svenska intensivvårdsregistret
Bengt Cederlund
ordförande Svenskt perioperativt register
Svensk förening för anestesi och intensivvård är en specialitetsförening för läkare inom anestesiologi, intensivvårdsmedicin, anesthesiologisk algologi, ambulanssjukvård samt hyperbarmedicin.