

Framför allt måste förståelse för och kunskap om hur hot och våld skall förhindras sökas i insikten om hur sårbara och utsatta patienter kan bemötas utan att kränkas.

Slutligen är en av forskningens slutsatser att om en vårdande hållning skall utvecklas hos vårdare krävs också att vårdarna vårdas. Otrygga och osäkra vårdare har svårt för att erbjuda berörande vård, och de har svårt för att låta sig beröras på ett sätt som förhindrar ett hotfullt eller våldsamt skeende.

I detta avhandlingsarbete har jag försökt ge röst åt patienter som kan ha svårt att hantera sin aggressivitet, samt åt vårdare som möter dessa patienter. Min avsikt har varit att undvika en förenklad bild som t.ex. skiljer bra vårdare från dåliga vårdare. Min am-

bition har inte heller varit att fördjupa mig i orsakerna till att en del patienter ibland kan uppträda hotfullt och våldsamt. Valet att stanna vid en rent beskrivande forskningsansats innebär att jag har belyst det undersökta fenomenet i kraft av sin egen inneboende mening. Fenomenet ”våldsamma möten så som de erfars av vårdare och patienter” har därmed inte gömmts bakom teorier, tidigare forskning eller andra förklaringsmodeller. Med det hoppas jag att det ”nakna” vårdandets möjligheter har blivit synliggjorda, och att ytterligare ett litet steg har tagits i kunskapsutvecklingen om hur vi på ett bra sätt kan bemöta hot och våld i vården.

Påverkan av organisatoriska och miljömässiga faktorer på tillgänglighet till akutsjukvården

Grazyna Teresa Adamiak

Den 1 mars 2004 disputerade jag vid Uppsala Universitet i ämnet hälso- och sjukvårdsforskning med avhandlingen ”Påverkan av organisatoriska och miljömässiga faktorer på tillgänglighet till akutsjukvården”. (Länk: http://publications.uu.se/uu/fulltext/nbn_se_uu_diva-3997.pdf). I ramberättelsen försöker jag problematisera begreppen tillgänglighet och vårdens kvalitet. Båda termerna är mångtydiga. För att undvika retorik är det bäst att precisera vilka av vårdkvalitetens många dimensioner som avses. Avhandlingen tillför ny kunskap om oplanerade återinskrivningar inom intermedicin. Nedan

diskuterar jag några teoretiska slutsatser. Fynden kommer från två prospektiva, tvärsnittsstudier genomförda 1994 respektive 1997 vid internmedicinska kliniker på 14 akutsjukhus i Älvsborg och Skaraborg samt Stockholms läns landsting. Båda undersökningarna omfattar över 10 400 intagningar i slutenvård och cirka 1000 akuta återintagningar inom 30 dagar.

Alla studier av återinskrivningar vägleds av en föreställning om temporal sekvens av händelser från utskrivning till återinskrivning. Vanligen brukar oplanerade återinskrivningar förklaras med för korta vårdtider,

vårdens dåliga kvalitet på sjukhus eller brister under vårdplaneringen vid utskrivningen från det första vårdtillfället. Trots denna hypotes använder man ofta utskrivningsdiagnosen från återinskrivningstillfället. Därför lider många studier av akuta inskrivningar inom internmedicinen av bristande intern validitet. Ett av kriterierna för bedömning av resultat från kvantitativa studier är temporalitetskravet, alltså problemet med vad som kommer först: hönan eller ägget? (Hill 1965). Orsaken föregår alltid verkan. I figuren nedan illustrerar jag temporalitetsproblemet. Det är diagnosen vid utskrivningen från det första vårdtillfället och indikationer för återinskrivningen som behöver granskas för att fastställa riskfaktorer av intresse. Lämplig design kan vara en kohortstudie, men för att möjliggöra generaliseringar, bara när populationen inte förändras under studieperioden. Förutom organisationen och omgivningen kan även patienters nya karakteristiska påverka risken. Under 30 dagar eller en kortare period är det osannolikt att befolkningssammansättningen förändras avsevärt, att många tidigare inskrivna flyttar ut eller in i studieområdet. Man måste välja det som skall hållas konstant eller jämföras. (Denna anmärkning avser även tvärsnittsstudien av väntetider vid akutmottagningar i Stockholm som jag har i min avhandling).

Hypotesen om dålig vårdkvalitet på sjukhus betyder att med hänsyn till de biologiska förloppen och medianvårdetiderna kan det vara fel att studera akuta återinskrivningar som sker senare än inom en till två veckor. Sjukhusen kan knappast kontrollera alla riskfaktorer och exponeringar utanför under så lång tid som en månad efter en utskrivning. När tiden fortgår ökar utrymmet för annan påverkan. Min hypotes vägledes av ett systemteoretiskt synsätt på organisationer: avstånd till sjukhus, sjukhusens funktionella

specialisering, de inskrivande läkarnas specialisering och den totala resursfördelningen mellan slutet och öppen vård inklusive primärvård, påverkar akuta återinskrivningar. Därför studerade jag indikationer, dvs. uppgifter om symtomdiagnosen som föranledde inskrivningen. Jämförelsegruppen var alla övriga inläggningar.

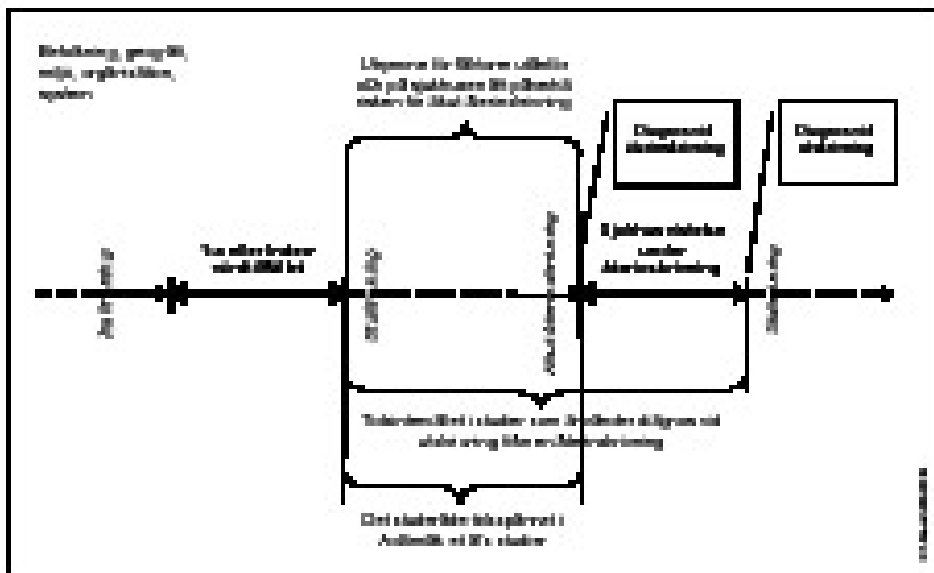
Resultaten pekar på en paradox. Om man använder akut återinskrivning som mått på kvalitet i sjukhusvården, kommer de patienter som bor i sjukhusens närhet att få sämre "medicinskt" utfall. Trots att de studerade patienterna utgör en kliniskt selekterad grupp (de flesta utvärderas på akutmottagningen) fungerar avståndet till sjukhus som en riskfaktor. Närheten påverkar patienternas beslut att söka vård, vilket i sin tur återspeglas i vilka som oftare kommer till akutmottagningen. Effekten av närheten på efterfrågan verkar delvis oberoende tillgången till primärvården då remisskrav saknas. Det är sedan bland de inkomna akutsökande som vissa selekteras ut till slutenvården. Om de återinskrivs klart beror på läkarens specialisering. Läkare under sin specialistutbildning återinskriver patienterna oftare än specialisterna. Det betyder 1,4 gånger högre risk efter justering för patientblandning. Effekten av läkarens specialisering är oberoende. Den påverkas inte av samvariationen mellan patienternas ålder och arbetsfördelningen mellan specialister och ST på akutmottagningen. Klinisk erfarenhet förefaller väga tungt. Patienternas stigande ålder och biddiagnoser ökar risken. Patienter med hjärtsvikt som huvuddiagnos eller en av biddiagnoserna, de mest komplexa fallen, återinskrivs oftast. Mer specialiserade sjukhus verkar ha färre oplanerade återinskrivningar, men effekten kan vara annan vid länssjukhusen på landsbygden jämfört med storstaden.

Generellt verkar andelen återinskrivningar

stå i proportion till övriga inskrivningar oavsett nivån på vårdutnyttjande. Först när man relaterar återinskrivningar till befolkningen i de områden som jämförs, uppenbaras skillnader. Det finns ett starkt samband mellan akuta återinskrivningar och övriga inskrivningar oavsett hur det mäts, som vårdtillfällen eller i relation till befolkningen. Återinskrivningar inom internmedicinen predicerar därför den totala inskrivningsvolymen. Denna association pekar på betydelsen av vårdplatstillgången eller utbudet som bestäms av vårdens beställare. Läkarnas beslutsfattande styrs ytterst av den totala kapaciteten trots klinisk autonomi (Wennberg 1996, 2002). Indikationerna eller vårdbehoven samspejar med vårdutbudet.

Studien tyder på att läkare som inte är spe-

cialister bör få bättre stöd från sina specialiserade kollegor eller inte få fatta självständiga beslut om utnyttjande av slutenvård. T ex i USA gäller det senare. I Stockholmsstudien framkom dessutom att risken för återinskrivning var halverad för patienter som kom med hänvisning från primärvården. De utgör en minoritet av alla akutstökande och deras andel varierar efter veckodag, vilket reflekterar primärvårdens arbetstider. Bättre tillgänglighet till primärvården, framförallt regelbundna kontroller för patienter som lider av kroniska sjukdomar som astma, KOL, allmänna bröstsmärtor och hjärtsvikt kan förbättra tillgängligheten till akutvården på sjukhus. Bemanningen på akutmottagningarna påverkar ändamålsenlighet i slutenvården.



Figur 1. Temporalitetsproblemet i studier av oplanerade återinskrivningar som kvalitetsindikator med hjälp av utskrivningsdiagnos från återinskrivning.