

na äldre och immunsupprimerade patienter. Dessa patienter kan få vistas många timmar på akutintaget innan åtgärd vidtas, ofta ligger de bredvid varandra i akutkorridoren. Sedan frågar vi oss varför 6–11 procent av patienterna lämnar sjukhuset med VRI. Är det rimligt att nästan osorterat blanda akuta patienter i en rumsmässig organisation, dvs akutintaget? Måste det vara så eller går det att organisera på ett annat sätt?

**Är det ett epidemiologiskt** problem att vi blandar patienter med akuta sjukdomar, som inte sällan är infekterade, med oinfekterade patienter som ska genomgå planlagd behandling på samma avdelning, kanske i samma vårdrum? Kan det vara mer kostnadseffektivt att dela upp behandlingen mer strukturerat i enheter för elektiv och akut behandling i syfte att minska infektionsproblematiken? Låter sig detta göras?

Didier Pittet uttalade i ett föredrag på European Forum i Prag för några år sedan (han var då talesman för WHO) att man utanför varje sjukhus borde sätta upp en skylt med texten: »Welcome to our hospital, our infections are waiting for you.« Om allmänheten tillräckligt kände till omfattning av infektionsproblemen på våra sjukhus i dag, mot vem eller vilka skulle de rikta kraven på förändring? Politikerna eller läkarna? Eller båda?

**I dag lägger vi in patienterna** på sjukhus både en, två och tre dagar innan de ska opereras, trots att vi kan misstänka att det finns ett samband mellan vårdtidens längd och risken att drabbas av en infektion. Cleveland Clinic i Ohio, ett stort amerikanskt sjukhus med mycket hjärtkirurgi och som ligger i glesbygd, har mer än 99 procent SDA (»same day admission») på grund av att man menar att detta minskar risken för postoperativa infektioner, vilket sparar mänskligt lidande och är kostnadseffektivt. Varför inför vi

inte detta på bred front i Sverige? Är det politikerna och »administratörerna» som hindrar oss? Nej, orsaken är att det som vanligt är mycket enklare att fortsätta arbeta som vi alltid gjort.

Vid sjukhusplanering i Norge diskuterar man nu en mer tydlig uppdelning rumsmässigt mellan akut och elektiv vård, samtidigt som man har planer på att bara ha enklare rum i det nya Östfoldsjukhuset, som planeras i Sarpsborg vid E6 och som beräknas stå färdigt 2012 eller 2013.

**Eftersom PGJ** också är inne på en diskussion om kostnader kan jag konstatera att olika medicinska tidskrifter på ledarplats tagit upp problematiken med »överkostnader» i sjukvården på grund av medicinska misstag och infektioner. Det är kanske först och främst dessa kostnader vi ska reducera för kunna utveckla sjukvården? Man har beräknat att dessa överkostnader utgör mellan 25 och 40 procent av sjukvårdens totala kostnader.

Internationellt pågår därför ett arbete med »clinical pathways» (eller »integrated care pathways»), dvs standardisering av medicinsk behandling utifrån »best medical praxis» för att undvika medicinska misstag och infektioner. Det är ju inte när vi behandlar patienterna medicinskt korrekt och gör rätt i hela vårdprocessen som kvaliteten blir dålig och kostnaden hög, utan när vi gör misstag.

Därför har man i Helse Sør-Øst (som omfattar halva Norge) startat ett arbete med att införa »clinical pathways», och som undertecknad leder, bl a för att uppnå optimal kvalitet och vårdtid, och i samarbete med kommunerna. Givetvis kommer detta arbete att leda till att antalet sängar reduceras.

**Om vi tror att vi kan lösa** framtidens problem med bl a infektioner i sjukvården genom att öka antalet sängar och lägga in fler patienter på sjukhus

så tar vi fel. Vi måste i stället skapa ett samarbete runt hela patientens vårdkedja med hjälp av nya arbetsmetoder, ny struktur, högre kompetens och ny teknologi.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

- Hugonnet S, Chevrolet JC, Pittet D. The effect of workload on infection

risk in critically ill patients. Crit Care Med. 2007;35:76-81.

- Kollef MH, Shorr A, Tabak YP, Gupta V, Liu LZ, Johannes RS. Epidemiology and outcomes of health-care-associated pneumonia: results from a large US database of culture-positive pneumonia. Chest. 2005; 128:3854-62.
- Abrahamian FM, Deblieux PM, Emerman CL, Kollef MH, Kupersmith E, Leeper KV Jr, et al. Health care-associated pneumonia: identification and initial management in the ED. Am J Emerg Med. 2008;26 (6 Suppl):1-11.

## REPLIK OM ALKOHOLPREVENTION I VÅRDEN: Ekonomiska incitament 2009

■ Förebyggande hälsofrämjande insatser är en av primärvårdens allra viktigaste uppgifter, och det står, som Håkan Leifman, Håkan Källmén och Ylva Nork konstaterar i Läkartidningen 39/2008 (sidorna 2649-50), tydligt uttryckt i auktorisationskraven och regelboken för Vårdval Stockholm. Därmed är det ett krav som gäller lika för alla vårdcentraler och husläkarmottagningar.

**En av de viktigaste** och dokumenterat mest effektiva och värdefulla hälsofrämjande åtgärder är att förebygga hög alkoholkonsumtion och alla de skador och kostnader den ger upphov till. Som debattörerna påpekar kostar alkoholskador inte bara stort lidande utan även ansevärd pengarpåslutning för samhället, det offentliga såväl som civilsamhället och privatpersoner. Därmed kan förebyggande insatser också värdesättas inte bara i minskat lidande utan också i minskade kostnader.

**Ett problem är förstas,** som debattörerna också påpekar, att vården i allmänhet och primärvården i synnerhet inte direkt får del av de stora samhällsvinster som ett minskat riskbruk och missbruk av alkohol innebär, även om vårdkostnaderna sjunker på sikt. Ekonomiska incitament är därför ett viktigt komplement till vårdvalets tydliga

krav och till övriga styrdokument och riktlinjer.

Sådana ekonomiska incitament är nu på väg. Vårdval Stockholm kompletteras från den 1 januari 2009 med en särskild bonus för hälsofrämjande insatser, det viktiga arbete som ofta utförs av distriktssköterskorna. Det är en åtgärd som vi redan från början sagt att vi vill ha med och som nu kommer på plats.

**Men vi vill gå ännu längre.** Om några år tror vi att vi kan ha en helt ny modell för den nära hälso- och sjukvården på plats. Då vill vi styra helt efter diagnoser och åtgärder för varje patient. En sådan modell måste givetvis utredas och utformas noggrant, med tydliga definitioner av vilka åtgärder som ger viss ersättning, och inte minst måste vi ha pålitliga och smart konstruerade IT-system på plats. När det har skett öppnar sig möjligheten att rikta ersättningar för faktiskt utförda förebyggande åtgärder, t ex strukturerade motiverande rådgivningssamtal om alkohol, där evidens om effekter finns.

Men redan från nästa år tar vi alltså ett första steg med en särskild ersättning eller bonus för hälsofrämjande insatser i primärvården.

**Birgitta Rydberg**  
landstingsråd (fp)  
för sjukvård och folkhälsa,  
Stockholms läns landsting