

# Nej till »undvikbar slutenvård« som prestationsersättning

Det är orimligt att satsa 325 miljoner kronor i prestationsersättning på ett övergripande mått som undvikbar slutenvård, skriver Rickard Ljung.

Regeringen har tillsammans med Sveriges Kommuner och landsting (SKL) i en satsning på de mest sjuka äldre skapat en prestationsersättningsmodell utifrån ett antal mått, däribland undvikbar slutenvård, som presenterats i LT 12/2012 [1]. I mitt arbete på Socialstyrelsen har jag utvecklat och infört kvalitetsindikatorn undvikbar slutenvård i öppna jämförelser av hälso- och sjukvård och har synnerligen god kännedom om måttet [2, 3].

Att regeringen och SKL nu beslutat att använda måttet för prestationsersättning visar på en bristande förståelse inte enbart av detta mått utan också av hur och vad kvalitetsindikatorer kan användas till.

På Socialstyrelsen har jag sedan 2007 arbetat med att ta fram kvalitetsindikatorer och den årliga rapportserien Öppna jämförelser – hälso- och sjukvård, på Karolinska institutet bedriver jag registerforskning, och jag är med i expertgruppen för kvalitetsregister på SKL. Således anser jag mig ha god kännedom om hälsodataregister, kvalitetsregister och kvalitetsindikatorer. För att vara helt fristående från mina arbetsgivare skriver jag detta som privatperson och inte i tjänsten.

Undvikbar slutenvård bygger på en indikator, »ambulatory care sensitive conditions«, framtagen i Australien [4]. Avsikten är att bland patienter i slutenvård mäta förekomsten av diagnoser som borde kunna förhindras med en optimalt fungerande sjukhusbunden

öppenvård och primärvård. Diagnoser som ingår är bland annat hjärtsvikt, kroniskt obstruktiv lungsjukdom, hypertoni och diabeteskomplikationer, men också en del akuta tillstånd som blödande magsår och njurbäckeninflammation [5]. Detta är tillstånd som i den bästa av världar inte ska vara huvudsak till inläggning på sjukhus. Alla som arbetar eller arbetat inom vården borde se att undvikbar slutenvård ska betraktas som en övergripande indikator och inte som ett direkt mått på »icke-göra«. Till exempel har de patienter med diabeteskomplikationer som fångas i måttet drabbats av dessa för länge sedan och kommer att ha dem framöver. Alltså tar det väldigt lång tid innan en bättre diabetesvård ger utslag i måttet undvikbar slutenvård.

Göran Hägglund, Maria Larsson, Mats Eriksson och Eva Nilsson Bågenholm är de ansvariga bakom förslaget att prestationsersätta undvikbar slutenvård tillsammans med några andra mått [1]. Eva Nilsson Bågenholm säger som svar på frågan om vad som garanterar att man får en bestående kvalitetsförbättring genom att prestationsersätta dessa indikatorer: »Att man inte får pengar för att göra en viss sak utan för uppnått resultat« [1]. Detta uttalande är vilseledande; de tre måtten på registrering i kvalitetsregister är strukturmått (till exempel att det finns en välfungerande operationssal), de tre läkemedelsmåten är processmått (man gör de åtgärder inför och under operation som står på checklistan). Undvikbar slutenvård och återinskrivning kan betraktas som resultatmått (operationskomplikationer minskar), men de är övergripande mått. Enligt min bedömning lämpar sig inget av de föreslagna måtten för prestationsersättning, men jag väljer här att diskutera undvikbar slutenvård.

Att som regeringen och SKL tro att en sänkning på 10 procent i undvikbar slutenvård för de mest sjuka äldre från ett år till ett annat indikerar en god vård tyder på en bristande förståelse av detta mått [1]. Ingen vet vad en »optimal« nivå på undvikbar slutenvård är. Det föreslagna målet att minska med 10 procent, oberoende av utgångsvärdet,

saknar evidens, och möjligheten att uppnå målnivån varierar mellan små och större landsting. Bland de mest sjuka äldre, cirka 297 000 personer, är det på Gotland cirka 400 som fångas i måttet undvikbar slutenvård. Om Gotland inrättar ett team med ett tiotal läkare, 30 sjuksköterskor samt dagkirurgisk verksamhet för att förhindra att minst 40 av 400 patienter vårdas inneliggande med någon av diagnoserna som finns i undvikbar slutenvård, har de goda chanser att stå som ensam segrare med en check på 200 miljoner kronor, det vill säga 3–4 gångers avkastning på satsat kapital. Om något av de större landstingen skulle lyckas med en 10-procentig minskning från ett år till ett annat kan det endast tyda på en enorm slumpvariation, felaktig diagnostik i slutenvården, eller att man inte lägger in dessa patienter trots att de är i behov av slutenvård.

Exemplet ovan visar på risken att skattepengar kommer att användas på ett sätt som strider mot hälso- och sjukvårdslagen, där vårdresurser ska gå till dem med störst behov. Jag hoppas att insatta politiker, tjänstemän och vårdpersonal ser det orimliga i att satsa 325 miljoner kronor i prestationsersättning på ett övergripande mått som undvikbar slutenvård.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

- Lövtrup M. Öppenhet och transparens driver på förändringar. *Läkartidningen*. 2012;12:609-12.
- Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, jämförelser mellan landsting. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
- Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Statistikdatabas över kvalitetsindikatorer. Socialstyrelsen. <http://oppnajokforelser.socialstyrelsen.se/halsosjukvard/>
- Correa-Velez I, Ansari Z, Sundararajan V, et al. A six-year descriptive analysis of hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions among people born in refugee-source countries. *Popul Health Metr*. 2007;5:9.
- Beskrivning av indikatorer. Bilaga 1 till Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2011. [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18454/2011-11-1\\_bilaga1.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18454/2011-11-1_bilaga1.pdf)



**RICKARD LJUNG**  
specialist i socialmedicin,  
med dr, Stockholm  
rickard.ljung@ki.se