

slutreplik om »undvikbar slutenvård«:

Ekonomiska incitament ger risk för datamanipulation

■ Bågenholm och Rom svarar inte på frågan varför man använder prestationsersättning där det absolut inte lämpar sig. »Undvikbar slutenvård« ska medvetandegöra primärvårdens roll i vårdkedjan. En väl fungerande primärvård påverkar vilka tillstånd och sjukdomar som kräver slutenvård. Att straffa de patienter som lider av dessa åkommor och som kanske inte får optimal hjälp i primärvården är för mig ett konstigt sätt att bedriva sjukvårdspolitik på, oaktat att själva måttet är ospecifikt och övergripande.

Jag instämmer i Bågenholms och Roms oro över att »Sjukvårdssystemet är designat för att ta hand om yngre människor som behöver hjälp med en sjukdom i taget ...«. Vårdval och prestationsersättning inom primärvården, där just detta uppmuntras på bekostnad av att se till de mest sjuka, är ett stort problem i dag.

Regeringen och SKL har vid upprepade tillfällen fått vädjanden om att inte använda »undvikbar slutenvård« och »återinläggning inom 30 dagar« för prestationsersättning. Bågenholm och Rom medger att »vi är väl medvetna om de svårigheter Rickard Ljung beskriver och har därför avsatt medel för ett lokalt analysarbete som nu pågår«.

På Socialstyrelsen, som utvecklade måttet »undvikbar slutenvård« pågår inget sådant analysarbete. Återinläggning inom 30 dagar har aldrig varit uppe till diskussion för att platsa i öppna jämförelser, därtill är det alldeles för ospecifikt och oklart vad det faktiskt mäter.

Att mot bättre vetande införa behandlingar i sjukvården som inte bygger på medicinsk vetenskap eller beprövad erfarenhet är en allvarlig förse-

Tidigare inlägg

- Ljung R. LT 14–15/2012 (sidan 732)
- Bågenholm Nilsson E, Rom M. LT 17–18/2012 (sidan 894).

else. Att införa prestationsersättning för ett antal indikatorer med diskutabel koppling till direkt medicinsk kvalitet, och där det saknas belägg för att ekonomiska incitament i en så komplex verksamhet som hälso- och sjukvård leder till kvalitetsförbättring, är lika allvarligt [1].

Tyvär visat en nyutkommen Cochrane-rapport att öppna jämförelser kanske inte är den inspirationskälla som några av oss hoppats på: »Evidence that the public release of performance data may have an impact on the behaviour of healthcare professionals or organisations is lacking« [2].

Trots det är det min förhoppning att öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården kan stimulera professionen till en inre motivation att vilja förbättra verksamheten och göra gott. Om man däremot kopplar ekonomiska incitament till prestation så finns det en uppenbar risk att man börjar manipulera med data, eller prioriterar endast det som ersätts på bekostnad av andra lika viktiga eller viktigare åtgärder [1].

Rickard Ljung
specialist i socialmedicin,
med dr, Stockholm
rickard.ljung@ki.se

REFERENSER

1. Pink DH. Drive – The surprising truth about what motivates us. New York: Riverhead Books; 2009.
2. Ketelaar NABM, Faber MJ, Flottorp S, et al. Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11. DOI: 10.1002/14651858.CD004538.pub2



Foto: Colourbox

Vägen till läkare är full av hinder för de svårast funktionshindrade.

Läkarförbundet glömmer omsorgerna om personer med funktionshinder

■ I LT 16/2012 (sidan 791) skriver förbundets ordförande att det bör inrättas en särskild »kommunöverläkare« för vårdansvaret för äldre i särskilt boende och i hem-sjukvården. Förra ordförande skrev precis likadant i en ledare i LT 45/2010 (sidan 2771). Varken då eller nu nämner man något om den förödande bristen på läkare inom omsorgerna om funktionshindrade.

Läkarförbundet ser inte den växande andelen av kommunernas insatser för personer med funktionshinder. Medan antalet äldre personer inom omsorgen i stort sett förblev densamma under en tioårsperiod har de med funktions-

hinder ökat med 31 procent. Kostnaderna har stigit till närmare 70 procent av de totala kostnaderna i äldreomsorgen. Antalet gruppbo-städer utgör cirka 3 000. I dessa bor de livslångt svårast funktionshindrade personer-na vi har i vårt samhälle. De får inga hälsoundersökningar, ingen läkarledd sjukvård, inga syn- eller hörselundersökningar. Många kan inte ta sig till vårdcentralen.

Här är det inte fråga om att som inom äldreården höja kompetensen – här är det fråga om att introducera den.

Karl Grunewald
fd medicinalråd,
Saltsjö-Duvnäs

karl.grunewald@swipnet.se

replik:

De svårast funktionshindrade bör ha lättare att nå läkare

■ Karl Grunewald har rätt. Det finns stora problem med läkarbemanningen inom omsorgen av livslångt funktionshindrade. De svårast funktionshindrade bör ha en mycket bättre och mer framkomlig väg till läkare.

Min ledare, som Karl Grunewald refererar till, fokuserade helt på äldreården och berörde inte alls bristen på läkare inom omsorgerna om funktionshindrade. Jag tog heller inte upp exempel från

andra väsentliga områden som i dag lider brist på läkare, till exempel inom psykiatri.

Jag är tacksam för att du lyfter fram de svårast funktionshindrades situation. Säkert är förhållandena för de svårast funktionshindrade inom gruppboendena värt en mycket bredare genomlysning än också ett omnämnande i en ledare.

Marie Wedin
Läkarförbundets ordförande