

## Det er tvivlsomt, om forebyggelige indlæggelser kan forebygges

Der har gennem en årrække været fokus på at gøre hospitalsindlæggelser så korte som muligt og helst undgå dem. En af de metoder, der anvendes for at vurdere, om indlæggelser er overflødige, er *appropriate evaluation protocol* (AEP)-kriterierne, som skal være opfyldt, for at en akutindlæggelse opfattes som nødvendig.

Jepsen *et al* beskriver brugen af AEP [1]. Forfatterne holder resultatet af screening med AEP op mod en ekspertgruppes retrospektive vurdering af indlæggelsesbehovet.

AEP viste sig at have god træfsikkerhed ved udpegning af patienter med behov for indlæggelse – eksperterne var enige i vurderingen i 95% af tilfældene. Men AEP havde dårlig træfsikkerhed, når det gjaldt om at udpege de patienter, som ikke skulle indlægges. Af de 73 patienter, som ikke opfyldte AEP-kriterierne, fandt eksperterne, at 36 vitterlig havde indlæggelsesbehov – dvs. at træfsikkerheden for at udpege dem, som ikke skulle indlægges, var ca. 50%. I et lignende studie, der er udført på Amager Hospital og Slagelse Sygehus, fandt man en lidt højere træfsikkerhed for AEP (en negativ prædiktiv værdi på 62%) [2].

På basis af disse to danske undersøgelser må vi konkludere, at AEP er ubrugelig, når formålet er at udpege, hvem der ikke skal indlægges – man vil tage fejl, ca. hver anden gang AEP anvendes til det formål!

Et andet redskab, som bruges til at vurdere hensigtsmæssighed af indlæggelser med, er hyppigheden af indlæggelse for udvalgte diagnoser – de såkaldte *ambulatory care-sensitive*-diagnoser. Sundhedsstyrelsen planlægger kontrol af kommunernes indsats på sundhedsområdet ved at vurdere hyppigheden af indlæggelse for følgende diagnoser: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejs-sygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, knoglebrud, ernæringsbetinget anæmi, sociale og plejemæssige forhold samt tryksår.

Ifølge publikationen »Monitorering af sundhedsaftalerne, 2011« [3] er det udtryk for lavere kvalitet af kommunernes sundhedsarbejde, hvis personer med tilknytning til hjemmeplejen (læs: ældre mennesker) indlægges med disse diagnoser. Derfor tvinges kommunerne til at oprette akutstuer/kommunale minihospitaler for at undgå at indlægge ældre patienter. Det videnskabelige grundlag for at bruge indlæggelsesdiagnoser til at evaluere kommunernes sundheds-

indsats er meget tvivlsomt [4]. Og det er dybt uretfærdigt at vurdere kommunerne med brug af disse diagnoser. Der er god dokumentation for, at indlæggelse med disse diagnoser afhænger mere af befolkningssammensætningen og de socioøkonomiske forhold end af kommunernes sundhedstilbud.

Jepsen *et al* rapporterer, at 14% af de akutte indlæggelser var forebyggelige. Men var de det? Hvem sætter guldstandarden? Hvilken forskel gør det mon, om man er den læge, der står med patienten og skal beslutte, om det er forsvarligt at undlade indlæggelse, eller om man er den ekspert, der retrospektivt langt fra kampens hede kan overveje, om patienten skulle have været indlagt? Ingen ved, om »forebyggelige« indlæggelser rent faktisk kan forebygges. Forskere og sundhedsmyndigheder kan vælge en definition på, hvad de forstår ved forebyggelige indlæggelser, og så kan man undersøge, hvor mange indlæggelser der opfylder den valgte definition. Vi ved bare ikke, om det betyder, at disse indlæggelser også rent faktisk kan forebygges – det har man endnu ikke påvist i nogen studier.

Den megen omtale af »uhensigtsmæssige«/»overflødige«/»forebyggelige« indlæggelser kan øge risikoen for, at nogle, som rettelig burde have været indlagt, ikke bliver det. Personlige erfaringer viser, at sådanne tilfælde findes.

Lad os slå fast, at ingen skal indlægges unødigt. Midlerne til at undgå det inkluderer veluddannede læger, en passende palet af udredningstilbud (sengeafdelinger, daghospital, diagnostiske enheder, udgående team m.m.) og en mere udbredt anvendelse af systematisk geriatrisk vurdering, som har vist sig at kunne forebygge fremtidigt sygehusbehov [5]. Endelig skal kommunerne forpligtes til at tage hurtigt imod patienterne, når der ikke er behov for hospitalsbehandling mere. Der er stadig stive regler for færdigmelding, hvilket forsinker udskrivelse.

### LITTERATUR

1. Jepsen HK, Hendriksen C, Nielsen H *et al*. Hver syvende akutte medicinsk indlæggelse kan forebygges. *Ugeskr Læger* 2013;175:1551.
2. Ishøj T, Qvist P, Rasmussen L *et al*. U hensigtsmæssige indlæggelser på medicinske afdelinger. *Ugeskr Læger* 2005;167:2057-60.
3. Sundhedsstyrelsen. Monitorering af sundhedsaftalerne, 2011. [www.sst.dk/publ/Publ2012/BOS/Sundhedsaftaler/Bilag1\\_Monitor\\_sundhedsaft\\_dec2011.pdf](http://www.sst.dk/publ/Publ2012/BOS/Sundhedsaftaler/Bilag1_Monitor_sundhedsaft_dec2011.pdf) (12. apr 2013).
4. Holm E, Dyhr P. De forbudte diagnoser – statsautoriseret aldersdiskrimination? *Ugeskr Læger* 2013;175:148.
5. McCusker J, Verdon J. Do geriatric interventions reduce emergency department visits? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006;61:53-62.

### LEDER

Ellen Holm &  
Per Dyhr Hansen

### KORRESPONDANCE:

Ellen Holm,  
Nykøbing F. Sygehus,  
Fjordvej 15,  
4800 Nykøbing F.  
E-mail:  
ellh@regionsjaelland.dk

**INTERESSEKONFLIKTER:**  
ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på Ugeskrifet.dk