

# Många sjukhus bör se över sina rutiner

**Socialstyrelsen har undersökt samtliga dödsfall i akut hjärtinfarkt vid landets sjukhus under åren 1992–1994. Det visar sig att spridningen mellan sjukhusen är ganska stor.**

**– Utifrån resultatet av undersökningen bör sjukhusen granska sina egna rutiner för att se vad som kan förbättras, säger Nina Rehnqvist, överdirektör vid Socialstyrelsen.**

1995 gjordes en undersökning via Socialstyrelsens patientregister av dödlighet bland hjärtinfarktpatienter på akutsjukhusen. Enligt den statistik som då kom fram för åren 1987–1991 fanns det stora skillnader mellan sjukhusen vad gäller hjärtinfarktpatienternas dödsrisker trots att man kontrollerat för ålder, kön och avstånd till sjukhus.

Som en uppföljning till denna studie beslutade Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsgrupp att en ny sjukhusjämförelse för åren 1992–1994 skulle göras.

Syftet var dels att undersöka döds sannolikheterna för patienter som vårdades på akutsjukhus för akut hjärtinfarkt, dels att undersöka skillnaderna i dödlighet mellan de olika akutsjukhusen.

Undersökningen har gjorts genom samkörning av Socialstyrelsens patientregister med dödsorsaksregistret. Studien delades upp i tre delar. Först gjordes en kartläggning av dödsanno-

likheterna bland hjärtinfarktpatienter som funktion av ålder, kön och årtal. I en andra del undersöktes överlevnadspotentialen bland dem som överlevt en akut hjärtinfarkt. I del tre utfördes en jämförelse mellan sjukhus med avseende på dödsrisker. Studien är nu klar och berörda kliniker har informerats om respektive resultat.

Enligt den nya undersökningen är sannolikheten för att dö i akut hjärtinfarkt i genomsnitt strax under 10 procent. Riskerna har också sjunkit med tiden.

För 75-åriga män t ex har den skattade sannolikheten för död under dag 1–2 sjunkit från 7,9 procent 1992 till 6,7 procent 1994. Motsvarande tal för 75-åriga kvinnor är 7,8 procent respektive 6,9 procent.

Jämförelsen mellan akutsjukhusen angående dödlighet under tredje till femtonde dygnet visar på klara skillnader. Med ett snitt på 1 ligger spridningen totalt mellan 0,6 och 1,5.

Tre av regionsjukhusen ligger över riksgenomsnittet. För de 27 länsjukhusen ligger något mer än hälften under riksgenomsnittet. Ett av länsjukhusen avviker markant från alla övriga sjukhus genom att i denna jämförelse ligga långt över snittet. För de 53 länsdelssjukhusen har jämförelsen utfallit så att ungefär lika många ligger över som under riksgenomsnittet. Det är ett av länsdelssjukhusen som i undersökningen uppvisar den lägsta risken.

– Det högsta värdet kan vara ett sy-

stemfel, säger Nina Rehnqvist. Det sjukhus det gäller gör det vi ville, nämligen undersöker sina siffror och ser över sina rutiner.

Enligt Nina Rehnqvist beror skillnaderna mellan sjukhusen inte på slumpen. Däremot vet man att det förekommer skillnader i bedömningen av patienter. Dessutom har socioekonomiska faktorer stor betydelse. Men sådana faktorer förklarar inte hela skillnaden mellan sjukhusen.

– Ca 30 procent av skillnaderna förklaras av olika rutiner, säger Nina Rehnqvist. Det handlar alltså om olika vårdkvalitet.

– Det finns skäl för sjukhusen att granska sina egna rutiner för att se över vad som bör ändras. Det gäller t ex sådant som att se över hur propplösande medel ges och hur förebyggande arbete bedrivs. Men det kan också vara fråga om att ambulanssjukvården behöver förbättras.

Det är inte heller omöjligt att en del av skillnaderna mellan sjukhusen är ett uttryck för den medicinska utvecklingen, att sjukhusen hunnit olika långt. Det innebär att rangordningen kan ändras med tiden. Nina Rehnqvist påpekar också att det inte är säkert att det länsdelssjukhus som till bäst i jämförelsen verkligen är bäst. Det beror på att många faktorer spelar in, och för en del sjukhus med få infarktpatienter kan enstaka fall tippa värdet åt det ena eller andra hållet.

*Kristina Johnson*

## Expertkommitté utreder fusk

**Medicinska forskningsrådet har beslutat att tillsätta en expertkommitté som ska utreda misstankar om ohederligt beteende inom medicinsk forskning.**

Kommittén ska bara klarlägga sakförhållanden. Gruppen ska inte ta ställning till eventuella påföljder, det blir en fråga för juridiskt ansvariga instanser.

Expertgruppen ska bestå av sex medicinska experter (en från varje universitet), en juridisk expert med domarcompetens (ordförande), två lekmän samt en representant från vardera Läke-medelsverket och Socialstyrelsen. •

Rang- ordn	Regionsjukhus	Risk- kvot	Rang- ordn	Länsdelssjukhus	Risk- kvot	Rang- ordn	Länsdelssjukhus	Risk- kvot
4	Sahlgrenska	0,75	1	Bollnäs	0,67	59	Strömstad	1,06
13	Linköping	0,84	6	Värnamo	0,80	60	Örnsköldsvik	1,07
20	Huddinge	0,88	10	Kungälv	0,82	63	Södertälje	1,08
25	Lund	0,91	11	Ystad	0,84	65	Härnösand	1,10
30	Akademiska	0,94	12	Landskrona	0,84	66	Kristinehamn	1,11
33	Karolinska	0,96	15	Alingsås	0,86	67	Sandviken	1,12
53	Örebro	1,02	16	Ljungby	0,86	69	Skellefteå	1,12
77	Malmö	1,18	17	Köping	0,86	70	Lidköping	1,14
80	Umeå	1,23	19	Arvika	0,87	72	Katrineholm	1,15
			22	Söderhamn	0,89	74	Eksjö	1,17
			23	Norrköping	0,90	75	Fagersta	1,17
			24	Ängelholm	0,91	76	Kalix	1,18
			26	Varberg	0,93	79	Mora	1,22
			28	Motala	0,94	82	Ludvika	1,25
			29	Kiruna	0,94	83	Nyköping	1,27
			31	Lycksele	0,95	85	Sollefteå	1,31
			56	Löwenströmska	1,05	86	Trelleborg	1,31
			57	Hudiksvall	1,05	87	Sala	1,35
			58	Hässleholm	1,06	88	Oskarshamn	1,45
Rang- ordn	Länsjukhus	Risk- kvot						
2	Danderyd	0,68						
5	Mölnådal	0,77						
7	Karlskrona	0,81						
8	Uddevalla	0,81						
18	S:t Göran	0,86						
21	Ryhov	0,88						
27	Borås	0,93						
61	Boden	1,07						
73	Västerås	1,17						
78	Kalmar	1,19						
81	Kristianstad	1,24						
89	Eskilstuna	1,57						

**Tabell.** Riskkvoten för akutsjukhusen. Siffror mindre än 1 innebär att färre dött än förväntat och över 1 större risk än genomsnittet. Av utrymmesskäl finns läns- och länsdelssjukhus med siffror mellan 0,95 och 1,05 inte med i tabellerna.