

lopp man nu fått genomlida.

Den rankinglista man vidare funnit viktig att presentera, dvs de framräknade riskkvoterna vid de olika sjukhusen redovisade i tabell med 2 decimaler, har naturligtvis varit en medial framgång för Socialstyrelsen och ställt dess kvalitetsarbete i fokus, men den nakna sanningen är ju den att när man rankar resultat i en lista där med några få undantag alla resultat faller inom det 95-procentiga konfidensintervallet så ger det hela snarare ett intryck av en amatörmissighet man skulle önska ej fanns hos tillsynsmyndigheten.

Onödig förtroendekris

Jag menar att det som nu hänt har skapat en onödig förtroendekris mellan myndigheten och verksamheterna, och denna har förstärkts av överdirektören Nina Rehnqvists kommentar att undersökningen skall utgöra ett incitament för kvalitetsarbete ute på sjukhusen. Det visar inte på något större förtroende för kollegerna ute i landet avseende kvalitetsfrågor när man tror att en fiktiv tävlingssituation mellan sjukhusen, skapad på en så bristfällig statistisk grund, skulle fungera som stimulans i ett seriöst kvalitetsarbete på våra sjukhus.

Peter Knutsson
överläkare,
medicinkliniken,
Södertälje sjukhus

Replik:

Ett underlag för kvalitetsarbete på egna kliniken

Peter Knutsson beklagar den massmediala uppmärksamheten av den statistiska jämförelse som gjorts av dödlighet i akut hjärtinfarkt på sjukhus under 3:e till 15:e dygnet efter inskrivningen och som skickats ut till de enskilda sjukhusen.

Jag beklagar också den massmediala uppvaktningen och har i alla sammanhang försökt framhålla att undersökningen tillställdes de enskilda chefsöverläkarna för att vara ett underlag till kvalitetsarbete på den egna kliniken. Jag har också i alla sammanhang försökt förklara att siffrorna inte kan användas till någon rankinglista.

KORRESPONDENS

Precis som Peter Knutsson säger speglar dessa siffror verksamheten, baserat på det officiella statistikmaterial som levereras in från de olika sjukhusen, och rör patienter som fått diagnosen akut hjärtinfarkt på alla kliniker på de berörda sjukhusen utom de geriatrika och psykiatriska. Det är alltså inte ett mått på infarktvården på hjärtinfarktavdelningarna enbart. Aktuella data rör endast somatisk korttidsvård. Ingen vårdepisod över 14 dagar har tagits med i materialet.

Intern granskning och genomgång av rutiner

Skälet till att vi tillställde klinikerna deras egna data är att vi vet att denna typ av återföring medför intern granskning och genomgång av rutiner, inklusive diagnostiska och bokföringsmässiga. Det är vad den här typen av genomgång skall leda till, och jag hoppas att så blir fallet.

När det sedan gäller att skaffa sig material för sitt interna kvalitetsarbete vad gäller infarktvården är det s k kvalitetsregistret Riks-HIA en mycket bättre metod, och jag är ganska säker på att även Södertälje sjukhus är med i den.

Vad beträffar tillsynsfrågan har vi bedömt att det inte finns någon som helst anledning att, på basis av dessa siffror, bedriva tillsyn, eftersom det inte rör sig om en enskild klinik utan om hela sjukhuset och många faktorer kan spela roll. Dessa osäkerheter finns också beskrivna i dokumentet.

Vidare är det så att svensk infarktvård håller hög klass, och av det skälet har jag hela tiden försökt framhålla att det viktigaste är att patienten skall åka till närmaste sjukhus för att få lämplig behandling vid misstanke om hjärtinfarkt. Att råda någon att åka till ett speciellt sjukhus har jag alltså tagit avstånd ifrån.

Nina Rehnqvist
överdirektör,
Socialstyrelsen

Kommentar

Nina Rehnqvist skriver i sitt svar att någon som helst anledning att bedriva tillsyn på klinik med anmärkningsvärt hög statistisk mortalitet ej förelig-

ger på grund av stor osäkerhet i siffrorna.

Vidare framför hon uppfattningen att det interna kvalitetsarbetet på sjukhusen bedrivs bättre med andra metoder och register än de av henne själv framtagna siffrorna. Det framstår därför som allt mer ofattbart att Socialstyrelsen gjort detta. Jag kan inte heller se att det hjälper att man efteråt beklagar att massmedierna hantarat situationen på det sätt som har blivit fallet, då deras hantering i alla avseenden har varit förutsägbar.

Peter Knutsson
överläkare,
medicinkliniken,
Södertälje sjukhus

Halskrage obligatorisk för samtliga ishockeyspelare

Artikeln av Arnil Vergis och medarbetare (Läkartidningen 43/96) beskriver tre utomordentligt svåra skärskador i halsen orsakade av skridsko-skenan hos ishockeyspelare. Sådana skador är extremt sällsynta. Under de senaste 21 åren har vi i Sverige haft tre sådana allvarliga (varav två dödliga) skador inom svensk ishockey. Detta måste ses mot bakgrund av att Sverige har ca 75 000 licencierade ishockeyspelare som var och en tränar på is under ungefär 100–400 timmar varje år och spelar 25–60 matcher varje år (beroende på spelarens ålder och nivå i seriesystemet).

Extremt sällsynta skador

Eftersom dessa skador är extremt sällsynta kommer det förmodligen aldrig att bli vetenskapligt möjligt att bevisa att halskragar (av kevlar-material) är effektiva. Emellertid är givetvis en enda dödsskada oacceptabel, speciellt om möjligheter finns att den kan förhindras av något skydd.

Halskragar med en teoretisk möjlighet att förhindra skärskador i halsen fanns tillgängliga på marknaden redan 1995. Det var därför vår omedelbara uppfattning efter det senaste dödsfallet att halskragar bör

vara obligatoriska hos ishockeyspelare.

Gäller sedan 1 januari i år

Svenska Ishockeyförbundet beslutade också mycket snabbt att halskragar skulle användas obligatoriskt i Sverige av alla ishockeyspelare i alla åldrar. Denna bestämmelse har gällt sedan den 1 januari 1996.

Sedan dess måste samtliga spelare, också de i de högsta divisionerna, använda en halskrage vid alla matcher i Sverige och under träning. Internationella Ishockeyförbundets medicinska kommission (där en av undertecknade är medlem) arbetar för att införa ett obligatorium för halskragar för alla nationer anslutna till Internationella Ishockeyförbundet.

Vissa problem med kragarna

Med den nuvarande typen av halskragar finns det fortfarande vissa problem. Den övre kanten på kragen får inte nå alltför högt upp i halsen – nacken, eftersom kragen då kommer att försämra spelarens möjlighet att röra huvudet (med ökad risk för andra skador). Hos vuxna spelare gäller för närvarande att hos godkända halskragar måste den övre kanten på kragen nå åtminstone 7,5 cm ovanför klavikeln på en linje som förbinder klavikula med angulus mandibulae.

Detta beyder tyvärr att de nuvarande kragarna fortfarande lämnar ett mindre oskyddat område just nedanför angulus mandibulae. Utvecklingsarbete pågår, där man försöker utveckla halsskydd som är förbundna med hjälmen – och som skyddar hela halsregionen.

Slutligen vill vi påpeka att halskragarna måste användas på ett riktigt sätt, dvs inte vikas ner av spelaren som ofta upplever kragen som obehaglig, speciellt i början. Tyvärr har sådant felaktigt användande hittills varit ganska vanligt, speciellt bland äldre, erfarna spelare. De borde i stället, som Vergis och medarbetare påpekar, föregå med gott exempel.

Ronny Lorentzon
professor, chefsöverläkare,
idrottsmedicinska enheten,
Norrlands Universitets-
sjukhus,
Umeå

Lennart Hovelius
docent, överläkare,
ortopedkliniken,
Länssjukhuset,
Gävle