

Ett effektivt sätt att få sämre vård

Överläkare Toomas Mathiesen varnar i en debattartikel [1] för »det förskräckligt klingande» japanska ordet muda. Det betyder »slöseri» och har blivit ett bevingat begrepp, myntat av Toyotadirektören Taiichi Ohno (1912–1990). Muda avslöjas och botas genom onödiga stegs och omvägars eliminering i en produktionskedja. Problemet är behandlat av Womak och Jones [2], båda »konsulter med världsrykte».

Debatten gäller sammanslagningen av Ängelholms och Helsingborgs sjukhus, en debatt som äger giltighet även på andra håll i landet, både nu och förr.

»Vårt rykte och vår ekonomi vittnar om att Ängelholms sjukhus, sådant det utformades under det snart gångna 1990-talet, var ett mycket modernt sjukhus med låga omkostnader, lite onödigt väntan, lite improduktiva möten ... och lite muda», skriver Mathiesen.

Som barnläkare och kardiologpatient vill jag instämma. Men det var ordet muda som fick mig att fatta pennan. Det är ett förträffligt ord, som borde införlivas med svenskt språkbruk snarast. Det är kort och lätt att stava och det har förutsättningar att bli minst lika värdeaddat som »fascist» och »finansvalp», och jag föreslår genast, att man uttalar ordet med det »u» som daladialekten har och som kräver att munnen formas till en kyss.

Betydelseinnehållet i ordet muda kan – i vårdssammanhang – definieras som »sämre vård till högre kostnad».

Något som liknade muda blev för min del avstamp för något, som till en början liknade grävande journalistik men som efter hand skulle övergå i forskning ledande till en doktorsavhandling. Det var i slutet av 1970-talet och jag tjänstgjorde som barnläkare vid Eksjö lasarett.

Man tänkte bygga Ryhovs sjukhus i Jönköping. Allt var då mest bara visioner. En av dessa gällde förlossningsvården och jag råkade komma med på ett hörn i den tidiga planeringen.

Den allmänt omtyckte landstingspolitikern tog mig med till sitt hotellrum i en paus och sade, mellan skål och vägg: »Vi lägger ned BB i Värnamo och Eksjö, så får vi en effektiv och fullödig förlossningsvård i Jönköping.» – »Jag

har papper på att Sveriges kvinnoläkare, barnläkare och narkosläkare tycker så.»

Denna vision störde mig. Effektiv och fullödig var ju på pricken de ord som stämde på förlossningsvården i Eksjö.

»**Jag har papper på ...**», sade han. Dessa papper visade sig vara en skriftväxling 1978 mellan sjukvårdsstyrelsen i Jönköpings län och tre av rikets specialistföreningar, nämligen Svenska barnläkarföreningen, Svensk anestesilogisk förening och Svensk gynekologisk förening.

Det var sjukvårdsstyrelsen som tagit initiativet. Man hade tillskrivit var och en av dessa tre specialistföreningar och begärt in synpunkter på en barnmedicinsk jourfråga (i Värnamo). Den frågan fick man svar på, men dessutom innehöll de tre svarsskrivelserna generaliserande omdömen om det i princip förkastliga med den dåvarande organisationen av förlossningsvården i Jönköpings län. Man framhöll det »olyckliga i att förlossningsverksamhet får ske på lasarett utan barnklinik». Man ansåg detta »vara medicinskt motiverat endast i extrem glesbygd», och det ansågs »tveksamt om Jönköpings län skulle kunna räknas som glesbygd».

Vad byggde de tre svenska specialistföreningarna sina samstämmiga uppgifter på? Jo på Utredning om förlossningsvårdens organisation i Sverige, UFOS [3], det dokument som vägledde den tidens planeringsarkitekter inom svensk förlossningsvård.

Vad byggde UFOS sina tydliga rekommendationer om behov av sluten-vårdspediatrik på? Jo på en undersökning publicerad i Läkartidningen 1973 [4]. Under åren 1969–1971 var nyfödda barns dödlighet högre, om modern var bosatt i Karlskoga eller Lindsberg än om hon var hemmahörande i Örebro. Författarnas slutsats blev att fynden talade för en »centralisering till sjukhus som har såväl obstetrisk specialavdelning som barnmedicinsk klinik».

Uppgifter om svenska nyfödda barns död och överlevnad kan inte ifrågasättas. Men slutsatsen? Som här utgår ifrån att skillnaden i nyfödda barns dödlighet beror på vårdfaktorer och ingenting annat. Utan att franska riskprofilerna för de två mödrapopulationerna. Och utan

att korrigera för t ex letala missbildningar.

Men vad värre var; det var bara Örebroundersökningen som publicerades. Ja, bara den! Men det var två undersökningar som dragits igång: en i Örebro län och en i ett annat svenskt län. Båda genomfördes i nära samarbete, under samma period (1969–1971) och med samma metodik. I själva verket visade sig båda studierna vara de första i världshistorien med att använda geografiskt definierade mödrapopulationer för utvärdering av olika vård.

I Örebro län var, som nämnts, de nyföddas dödlighet lägre i Örebro sjukvårdsdistrikt. I det andra länet kom man fram till motsatsen. Och skillnaden var så stor – till nackdel för det upptagningsområde som hörde till länssjukhuset (med barnklinik) – att sannolikhetsberäkningar var totalt överflödiga. Det är svårt att värja sig för tanken att valet av studie för publicering var tendentiös. Bland barnmedicinska klinikchefer var det vid denna tidpunkt ytterst inopportunt att inte tänka sig en fortsatt centralisering av förlossningsvården.

När jag för statistikprofessor Gunnar Eklund i Uppsala redogjorde för detta sätt att skapa underlag för Socialstyrelsens förlossningsrekommendationer beslöt han stödja mitt forskningsarbete och han blev sedermera min medförfattare. Professorerna Jan Winberg på Karolinska institutet och Bengt Källén i Lund blev mina handledare – uppenbarligen inte av intresse för min person (en barndoktor från landsorten utan minsta ambition att göra akademisk karriär) utan av intresse för sanningen.

Det tog inte lång tid för mig – då, i början av 1980-talet – att upptäcka att tiden var knapp och mogen. Många förlossningskliniker hängde på fallrepet. Köping, Mora, Katrineholm, Luleå, Värnamo, Varberg, Motala och Eksjö saknade barnklinik på det egna förlossningssjukhuset. Mindre enheter (Oskarshamn, Karlskoga, Kiruna etc) saknade inte bara barnklinik utan även specialiserad förlossningsvård helt eller delvis (alternativt skulle komma att sakna sådan), och dessa enheter var förstärkt ännu värre ute.

Avhandlingen [5] var en sammanläggning av fem arbeten, av vilka tre (de viktigaste och mest kontroversiella) var svåra att få publicerade, inte på grund av

till högre kostnad

den vetenskapliga kvaliteten utan på grund av att forskningsetablissemnet inte ville släppa fram resultat som gick stick i stäv mot centraliseringssträvandena. Men huvudhandledaren stod på sig. Även ett motbjudande forskningsresultat måste få komma fram.

Avhandlingens resultat kan i korthet sammanfattas så, att dödligheten bland nyfödda under en sexårsperiod på 1970-talet var lägre i de områden som betjänades av länsdelssjukhus med specialiserad mödra- och förlossningsvård men utan egen barnklinik, än i områden som betjänades av länssjukhus med båda dessa resurser. Skillnaden gällde framför allt *fullgångna barn utan missbildningar*. Om vårdfaktorer överhuvudtaget har orsakssamband med en sådan skillnad är de inte att finna i den undersökta omständigheten (barnmedicinsk slutenvård på det egna sjukhuset eller ej) utan snarare i hur mödra- och förlossningsvård bedrivs.

»Vad kan detta bero på?» »Inte kan väl BB-vården vara bättre på mindre sjukhus?» Det var frågor som mötte mig i diskussionen efter varje föredragning. Mitt svar blev att jag inte undersökt detta speciellt men att min uppfattning var att mödrarna i länsdelssjukhusens områden fick en bättre förebyggande uppföljning och en säkrare förlossningsvård. Detta beroende på att de gynekologiska specialisterna där ägnade sig åt dessa praktiska verksamheter, medan motsvarande kompetenser på läns- och regionsjukhus ofta var sysselsatta med forskning och undervisning, när de inte var upptagna av administration.

Dessutom kunde man vid genomläsning av det omfattande journalmaterialet urskilja ett mönster. Barnmorskorna på länsdelssjukhusen var mer resoluta och aktiva under de första minuterna efter förlossningen, när ett barn behövde upplivas, än barnmorskorna på de större klinikerna. Där kunde de första åtgärderna ibland mer likna ett uppehållande försvar – i väntan på att tillkallad läkare från barnkliniken skulle komma. Det senare hade man för övrigt även funnit i en undersökning i Stockholm [6].

»Så du är emot all centralisering», var också en vanlig fråga vid föredragningarna. »Nej inte alls», var mitt svar. »Vi kan minska på antalet barnkliniker

utanför storstadsområdena så att det finns en i varje län. Nu finns ofta två, i något fall tre. Särskilt gäller detta nyföddhetsvården. Och för de mycket lågviktiga nyfödda bör man centralisera vården till några få enheter i landet.»

Denna senare tanke fanns för övrigt hos specialister i nyföddhetsvård (neonatologer) för mer än 15–20 år sedan. Att det ändå tagit tid för en sådan viktig centralisering att helt slå igenom sammanhänger till icke oväsentlig del med motstånd från barnmedicinska klinikchefer runt om i landet – med omnipotens i blicken.

Socialstyrelsen har ersatt UFOS 1973 med nya anvisningar [7], vilka gäller än idag, såvitt jag vet. Ryhov är byggt men förlossningsavdelningarna i Värnamo och Eksjö finns kvar. Och Karlskoga BB m fl kunde inte läggas ned, åtminstone inte på ett gott tag.

Såväl politiker med himlastormande visioner som doktorer med förutfattade meningar kan således bidra till att vård förändras respektive icke förändras. Och muda kan uppstå. Ja, även så kallat vetenskapligt underlag för myndigheters rekommendationer kan behöva granskas.

Men risken för muda handlar inte bara om vårdinnehåll utan även om pengar. Jag har sett tre barnmorskor vara i tjänst samtidigt utan att det funnits en enda gravid mamma intagen på förlossningsavdelningen. Och jag har på samma avdelning några dygn senare sett två barnmorskor i en fullkomligt ohållbar arbetssituation med åtta förlossningar (en av dessa komplicerad) samtidigt. Troligen måste barnmorskor, sjuksköterskor och undersköterskor gå med på jour och beredskap (av det slag läkarna haft i alla år), om förlossningsvård och akutsjukvård på små och medelstora lasarett skall kunna försvaras, även ekonomiskt.

Man kanske skulle låta personal och patientgrupper själva ta i itu med orsakerna till muda. Planerare och politiker kan då besparas den möda som tycks kunna ge upphov till muda.

Referenser

1. Mathiesen T. Sjukhuscentralisering skapar mycket möda. Nordvästra Skånes Tidning-ar, 1998 okt 23: 2.

KRÖNIKÖR

ROLAND EKSMYR
dr med, barnläkare, Vejbystrand

”Men vad värre var; det var bara Örebroundersökningen som publicerades. Ja, bara den! Men det var två undersökningar som dragits igång: en i Örebro län och en i ett annat svenskt län. Båda genomfördes i nära samarbete, under samma period (1969–1971) och med samma metodik.”

2. Womak JP, Jones DT. Lean thinking. Simon & Schuster, 1996.
3. Utredning om förlossningsvårdens organisation i Sverige. Socialstyrelsen redovisar 35, Stockholm 1973.
4. Falk V, Wranne L. Perinatal mortalitet i Örebro län 1969–1971. Läkartidningen 1973; 70: 2539–41.
5. Eksmyr R. Pregnancy outcome in relation to pediatric care facilities at the local maternity hospital [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet, 1986.
6. Ericson A, Eriksson M, Zetterström R. Analysis of perinatal mortality rate in the Stockholm area. Acta Paediatr Scand 1979; Suppl 275: 35–40.
7. Vården före, under och efter förlossning – utvecklingen inför 1990-talet. Socialstyrelsen, Stockholm: pm 151/1986.