

Etik och politik:

»Läkarförbundets obundenhet djupt problematisk«

Minskad omfördelning i samhället och privatisering kanske gynnar oss läkare på kort sikt, men anledningen till att vi har etiska regler är att vi förväntas ta ansvar för andra människors hälsa och stå över egenintresset när konflikter uppstår.

Läkarförbundet klarar inte av att förena sin ställning som politisk aktör med sina egna etiska riktlinjer och kraven på att rätta sig efter vetenskap och beprövad erfarenhet. I hälsorelaterade frågor som inkomstskillnader, arbetsmiljö och kollektivtrafik tar vi ingen stark ställning trots att forskning visat att dessa faktorer är viktiga. I andra frågor som privat vård är vi tydligt för, trots att privatisering av vård ger sämre tillgång för dem med stora behov. Det är dessutom kostnadsdrivande, vilket missgynnar alla i samhället [1]. Detta strider mot läkaretiken, som inte kan misstolkas: »Medicinare och deras yrkesföreningar har en etisk plikt och ett professionellt ansvar att alltid agera i deras patients intresse och att integrera detta ansvar med en bredare omsorg om folkets hälsa samt att involvera sig i att förbättra denna« [2].

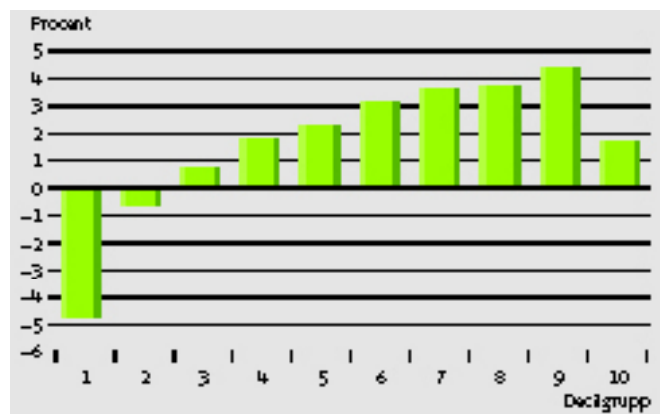
Läkarförbundet borde, om det anser att vetenskap och beprövad erfarenhet är viktigt, tydligt ta ställning för omfördelning av samhällets resurser till förmån för dem

med sämre socioekonomisk position. Socioekonomisk position, eller klass, är avgörande för hälsan i mycket högre grad än motsatsen, även om det senare självklart också inträffar [3]. Om vi vill leva upp till våra etiska regler borde omsorg om folkets hälsa leda till tydliga krav på ökad jämlikhet.

Trots att klyftorna i samhället ökat sedan 1981 [4] talas det sällan om detta. Skillnaden mellan fattig och rik blir större för varje år. Detta gäller också skillnader i hälsa. I dag är skillnaderna i livslängd mellan dem med grundskoleutbildning och dem med eftergymnasial utbildning 4,5 år för kvinnor och 4,9 år för män enligt Folkhälsorapport 2009. Barn till lågutbildade förlorar sina föräldrar och morföräldrar i snitt 4–5 år tidigare än barn till högutbildade.

Vetenskap och beprövad erfarenhet finns också inom andra områden som vi borde förhålla oss till: kollektivtrafikens positiva inverkan på hälsan [5] och betydelsen av arbetsmiljö, yrkessjukdomar och rehabilitering [6]. Alliansregeringens insats när det gäller rehabilitering är »direkt kontraproduktiv«, skriver Björn Johnsson, lektor vid Malmö högskola, som forskat om sjukfrånvaron [7].

Ekonomi har under högerregeringen försämrats för de mest utsatta, vilket kan för-



Förändring av disponibel inkomst mellan 2007 och 2010, per decilgrupp. Källa SCB, citerat efter Marika Lindgren Åsbrinks blogg Storstad <<http://storstad.wordpress.com/?s=scb>>.

väntas leda till sämre hälsa för dem. Vad har de läkare som ställer upp till val för Alliansens partier att säga om detta? Figur 1 visar SCB:s prognos från 2007 om hur inkomsterna utvecklas för dem som har det ekonomiskt sämst i samhället. Befolkningen är indelad i 10 grupper på X-axeln efter stigande inkomst. Decilgrupp 1 är alltså de 10 procent i befolkningen som hade lägst disponibel inkomst 2007, och decilgrupp 10 är de 10 procent som hade högst disponibel inkomst 2007. På Y-axeln visas hur deras inkomst förändras i procent på tre år. De 20 procent som har det sämst i samhället får det alltså sämre.

Vi har ett brett ansvar för folks hälsa. Passivitet när grupper i samhället far illa är svårt att försvara. Alliansen hävdar att skattesänkningar, som ligger bakom att diagrammet i Figur 1 ser ut som det gör, syftar till att skapa fler jobb, vilket dock betvivlas av forskare från både höger och vänster [8, 9].

Andra områden som vi inom Läkarförbundet borde ha åsikter om har också påverkats under den senaste man-

datperioden. Nedläggningen av Arbetslivsinstitutet gör att Sverige inte har någon samlad forskning om arbetslivet. På ett år försvann 139 av 285 forskartjänster samtidigt som anslagen till forskningen på området minskade med 239 miljoner kr [10]. De minskade anslagen till Arbetsmiljöverket riskerar att öka ohälsan i arbetslivet [11].

Apoteken privatiserades och mediciner blev dyrare [12] samtidigt som försäljningen av icke receptbelagda mediciner ökade [13]. Fattiga människor har också svårare att få ut sina mediciner eftersom kreditprövningen blivit betydligt hårdare [14]. Vårdköerna i Stockholm har ökat sedan 2006, enligt en undersökning gjord av Socialdemokraterna [15]. Sammanlagt har 33 600 jobb försvunnit från skola, vård och omsorg [16]. Är det någon som tror att detta inte får effekt på hälsan? I vilken mån bryter de läkare som förespråkar detta mot läkaretiken? Hur hanterar Läkarförbundet detta i så fall?

Minskad omfördelning i samhället och privatisering kanske gynnar oss läkare på kort sikt, men anledningen till att



JESPER ALEX-PETERSEN
läkarstudent, termin 11, Lunds universitet, Malmö
Jesper.petersen.511@student.lu.se

vi har etiska regler är att vi förväntas ta ansvar för andra människors hälsa och stå över egenintresset när konflikter uppstår. Politik och hälsa hör ihop. Att låg inkomst leder till sämre hälsa har vi starka belägg för. Vill vi bli tagna på allvar kan vi inte hänvisa till att vi är politiskt obundna för att slippa ta ställning. När regeringen och vissa av våra medlemmar driver en hälsovådlig politik har vi skyldighet att reagera. Alternativen är att vara öppna med att läkaretiken inte betyder något så fort det blir komplicerat. Jag vet vad jag föredrar. Och jag tror inte att jag är ensam.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Riskerar att bli höginkomsttagare inom en överskådlig framtid, vilket egentligen borde styrka min neutralitet i frågan.*

REFERENSER

1. Dahlgren G. Vård på lika villkor – drivkrafter och motkrafter. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2010;87(1):5–48.
2. World Medical Association. *Medical ethics manual*. 2 edition. 2009. Ferney-Voltaire Cedex, France: World Medical Association; 2009.
3. Lynch J, Smith GD, Harper S, Hillemeier M, Ross N, Kaplan GA, et al. Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review. *Milbank Q*. 2004;82(1):5–99.
4. Fransson A. Fördelningen av inkomster och förmögenheter. Stockholm: LO Arbetslivsenheten; 2009.
8. Henrekson M. Håller regeringens jobbstrategi? *Ekonomisk Debatt*. 2010;38(2):66–78.
9. Kask PJ, Lindgren AM. Borgs dogmer. Har regeringens politik verkligen stöd i forskningen? Stockholm: Arbetarrörelsens tanke-smedja; 2010. Rapport 19/2010.
11. Friskman C. Sparkrav ökar risken för arbetsskador. *Ekot Sveriges Radio*. 15 apr 2010. <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=83&artikel=3604819>
12. Rognerud KK. Priserna höjdes vid avreglering. *Dagens Nyheter*. 19 jan 2010.
15. Socialdemokraterna, Stockholms läns landsting. *Vårdköerna växer i moderaternas Stockholm*. Stockholm: Socialdemokraterna, Stockholms läns landsting; 2008.
16. Bergmark B. 33 600 jobb försvann. *Kommunalarbetaren*. 1 sept 2010.

LÄS MER Fullständig referenslista <http://tarkiv.lakartidningen.se>

För bättre förbättringsarbete

Det händer att metodologiskt bristfälligt underlag används i svensk sjukvårds förbättringsarbete. När jag som statistiker och representant för ett nationellt kompetenscentrum påpekar detta är en återkommande reaktion: »Det handlar ju inte om något vetenskapligt arbete.« Förbättringsprojekt har dock lika stort behov av tillförlitligt beslutsunderlag.

När Sveriges Kommuner och landsting (SKL) avråder [1] från beräkning av urvalsosäkerhet i kliniskt förbättringsarbete (»Skulle vi kräva att skillnaderna skulle vara så stora att vi med 95 procents sannolikhet kan säga att medelvärdet skiljer sig skulle inte mycket bli gjort. För den som vill förbättra för patienterna är det mer konstruktivt att utgå från att det finns något att lära av skillnader och att det kan komma patienterna tillgodo.«) belyses en gammal motsättning mellan två av förbättringsmetodikens portalfigurer, W Edwards Deming och Joseph M Juran.

Juran var ingenjör och fokuserad på ledarskap. Han poängterade betydelsen av numeriska målsättningar för att åstadkomma förbättring [2]: »The formula for getting results is to; establish specific goals to be achieved, establish plans for reaching the goals, assign clear responsibility for meeting the goals, and base the rewards on results achieved.«

Deming, statistikprofessor i New York, var däremot skeptisk [3] mot enkla jämförelser och rekommenderade i stället: »Eliminate numerical

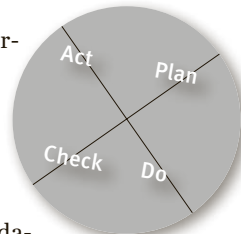
goals for people in management« och betraktade »Evaluation by performance, merit rating, or annual review of performance« som en »deadly disease«.

För att säkerställa att ny kunskap och bättre metoder kommer patienterna till godo refererar Socialstyrelsen i sina föreskrifter om kvalitet och patientsäkerhet till Deming [4] och hans uppfattning att förbättringsarbete bygger på »profound knowledge of improvement«. Deming poängterar här betydelsen av att se förbättringsarbete ur ett systemperspektiv och betonar vikten av att utreda orsaker till variation i systemets resultat. Det är nämligen kännedom om variationsorsaker som kan användas för att förbättra systemet.

Att använda variationen för rangordning av personal eller enheter tar emellertid, enligt Demings synsätt, inte hänsyn till att den observerade rangordningen påverkats av systemets effekter och att det därför tenderar att leda till felaktigheter, fusk och raserat samarbete.

Att jämföra kvalitet genom att studera behandlingsresultat vid olika kliniker är inte trivialt. Alla observerbara resultat påverkas nämligen av ett antal tillfälligheter som saknar relevans för kvalite-

ten. Observerade skillnader i klinikresultat kan förklaras helt av sådana irrelevanta tillfälligheter, och observerade likheter kan bero på att verkliga kvalitetskillnader maskeras av irrelevanta tillfälligheter.



Det går runt, runt i Demings förbättrings-cykel.

Riskerna för falskt positiva och falskt negativa resultat av sådana jämförelser kan och bör därför utvärderas. Det finns ett antal statistiska metoder som utvecklats för ändamålet. Min personliga uppfattning är att förtroendet för kvalitetsjämförelser baserade på direkta observationer minskar med ökande erfarenhet av sådan utvärdering.

Ett exempel på svårigheterna kan exemplifieras med en i *Läkartidningen* publicerad artikel om regionala skillnader i förlossningsvårdens resultat [5]. Författarna redovisar att de observerat stora skillnader och hävdar i den engelska sammanfattningen att »... there is a potential for improvement, as evidenced by the regional differences in quality of care shown«.

Ett enkel så kallad goodness of fit-test av de dödföd-



Mellan W Edwards Deming (t v) och Joseph M Juran, två av förbättringsmetodikens portalfigurer, finns en gammal motsättning.

das regionala fördelning kan dock göras utifrån de data som publicerats i artikeln. Ett sådant test visar att författarnas slutsats vilar på ett bräckligt underlag; data ger inget empiriskt stöd. Den regionala variationen i dödlighet är nämligen inte större än vad som kan förväntas med exakt samma dödsrisk i alla regioner ($\chi^2 = 14,7$, $df = 21$).

SKL uppmanar till förbättringsarbete med »genombrottsmetoden« [6]. Metoden är också känd som Demings' cycle och bygger på att förbättringsarbete är en kontinuerligt pågående process. I korthet: Det görs först en probleminventering och mål fastställs, sedan tas förbättringsidéer fram, de testas i liten skala under kort tid, varefter en utvärdering sker. De förändringar som visat sig bra genomförs, och processen börjar om med ny probleminventering. Jämförelser med andra, inte minst med hjälp av nationella riktmärken, fyller en viktig funktion i genombrottsmetoden.

Det hävdas ibland att nationella riktmärken inte representerar stickprov utan totalundersökningar och att det därför inte finns någon osäkerhet att utvärdera. Jämförelser med nationella riktmärken skulle alltså kunna göras direkt, utan osäkerhetsvärdering.

Uppfattningen är felaktig. Jämförelserna blir meningsfulla först när man tar hänsyn till de ofrånkomliga tillfälligheter som påverkar kvalitetsresultatet men saknar koppling till kvaliteten. Detta kan göras bara genom att betrakta nationella riktmärken som stickprov från en hypotetisk population, omfattande även framtida patienter. Därför präglas även nationella riktmärken av urvalsosäkerhet

Vad betyder då osäkerheten? Har den någon praktisk betydelse? Svaret är att det varierar från fall till fall. Det finns sannolikt situationer då urvalsosäkerheten är försum-

bar men också situationer då den har väsentlig betydelse för resultatens tolkning. Det finns många exempel på detta. Här är ett av dem.

Höftprotesregistret redovisar i sin årsrapport från 2006 [7] en tabell över antalet avlidna inom tre månader efter primäroperation. Om man rangordnar klinikerna efter deras standardiserade dödlighetsantal (SMR) hamnar Ängelholm med 57 opererade och 0 döda högt upp på ranglistan, på en hedrande 14:e plats, vilket är klart bättre än genomsnittet eftersom det finns 79 kliniker.

Karlstad kommer, med 19 döda på 1 080 opererade, i slutet av rangordningen, på plats 71. Mortaliteten i Karlstad är också statistiskt signifikant högre än riksgenomsnittets.

Trots detta är det inte alls säkert att Karlstad har något att lära av Ängelholm. Med sedvanlig 95 procents säkerhet (konfidensgrad) är det till och med möjligt att Ängelholm, efter hand som det utförs fler operationer, inte bara visar sig ha högre dödlighet än Karlstad, utan till och med dubbelt så hög.

Förklaringen till denna paradox är att urvalsosäkerheten är olika stor i Ängelholms och Karlstads resultat.

Förbättring kräver förändring, men alla förändringar leder inte till förbättring. Paul Batalden, en ledande expert på kliniskt förbättringsarbete som vidareutvecklat Demings förbättringsmetodik, påpekar [8] därför »to know that change is producing improvement, we need accurate and powerful measurements of what is happening«.

För att undvika misstag i förbättringsarbetet krävs beslutsunderlag med känd säkerhet. Att nonchalera osäkerhet i data kan inte anses vara god praxis.

Man kan dock mycket väl, med utgångspunkt i SKL:s inlägg [1], ta upp en diskussion om huruvida 95 procents

säkerhet är onödigt hög säkerhet för förbättringsarbete. Det är fullt möjligt att använda en lägre säkerhetsgrad, exempelvis 90 eller kanske till och med 80 eller 75 procent. Att argumentera för lägre säkerhet än 50 procent förefaller dock svårt.

På kort sikt kan kanske även irrationella tolkningar av kvalitetsregisterdata leda till att kvalitetsbrister identifieras och åtgärdas, men på lite längre sikt finns uppenbara risker att förbättringsarbetet misslyckas och att förtroendet för kvalitetsregistren raseras. Vår uppfattning inom Nationellt kompetenscentrum för rörelseorganens sjukdomar (NKO) är att hantering av osäkerhetsproblem utgör en väsentlig del av det kliniska förbättringsarbetet. Vi arbetar i stor omfattning med att göra kvalitetsregisterdata tolkbara.

Som ett led i vår strävan att beskriva och förklara osäkerhetsfenomen i kvalitetsregisterdata har vi dessutom utvecklat ett allmänt tillgängligt datorprogram och en webbapplikation (för iPhone) för beräkning av konfidensin-

tervall för rangtal. Beräkningarna, som kan utföras med valfri konfidensgrad, kan göras enkelt och kostnadsfritt via Internet på en NKO-server <<http://ranks.nko.se>>.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Sörman H. Öppna jämförelser är inget slutgiltigt betyg för landstingen. *Dagens Medicin*. 2007;(47).
2. Juran on quality improvement. Video series and workbook. Southbury, CT: Juran Institute Inc; 1981.
3. Deming WE. Out of the crisis. Cambridge, Mass: MIT Center for advanced engineering study; 1986.
4. Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. SOSFS 2005:12.
5. Pakkanen M, Lindblom B, Otterblad PO, Rosén M. Stora regionala skillnader i förlossningsvårdens resultat. *Läkartidningen*. 2004; 101:3320-5.
6. Genombrott. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2010. [citerat 17 nov 2010] <http://www.skl.se/web/Genombrott.aspx>.
7. Svenska höftprotesregistret. Årsrapport 2006. Göteborg: Avdelningen för ortopedi, Sahlgrenska universitetssjukhuset; 2007.
8. Batalden PB, Davidoff F. What is »quality improvement« and how can it transform healthcare? *Qual Saf Health Care*. 2007;16:2-3.

Osakligt om Gemensam Valfärd

■ Kommentar till inlägg av landstingsrådet Birgitta Rydberg i *Läkartidningen* 34/2010 (sidan 1942).

Nätverket för Gemensam

Valfärd är en partipolitiskt obunden organisation med uppgift att utveckla och förbättra en skattefinansierad valfärd samt verka mot en kommersialisering av den. Nätverket bildades redan under den tid det fanns en socialdemokratisk regering och en S-V-MP-majoritet i Stockholms läns landsting.

I Gemensam Valfärd finns både människor som är partipolitiskt aktiva i olika partier och de som inte är med i något politiskt parti. Många är fackligt aktiva. Syftet är att driva valfärdsfrågor obero-

ende av av vem som har den politiska makten. Detta är en angelägen uppgift.

Sjukvården och andra delar

av valfärden behöver utvecklas, och det är viktigt från demokratisk synpunkt att de politiker som har makt att fatta beslut är beredda att lyssna på synpunkter från olika håll, även med risk att bli kritiserade. Vi beklagar därför djupt att Birgitta Rydberg och hennes kollegor i Stockholms läns landsting inte ville ställa upp på en utfrågning om Vårdval Stockholm!

Gemensam Valfärd, Stockholm, samordningsgruppen genom
Andreas Mattson
andreas307629@gmail.com
www.gemensamvalfard.se