

Sjukhusdödlighet ett uselt mått på patientsäkerhet i sjukvården

Sjukhusdödlighet som mått på patientsäkerhet har de senaste åren fått stor uppmärksamhet. Även Socialstyrelsen har bidragit till uppfattningen att detta är ett användbart kvalitetsmått i sjukvården. Det är anmärkningsvärt att man först nu tar avstånd från denna ovetenskapliga metod.

Läkartidningen 19/2008 (sidorna 1391-7) redovisar Köster och medarbetare en synnerligen viktig studie om det internationellt spridda begreppet »hospital standardized mortality ratio« (HSMR), som man prövat på svenska patientadministrativa databaser [1]. Slutsatsen är att HSMR inte duger till att mäta sjukhusdödlighet: »Vid applicering på svenska data är det osäkert i vilken mån metoden mäter dödligheten bland de sjukhusvårdade.«

Varför har då författarna, ensamma eller tillsammans, i diverse utspel under senare år försökt inbilla Sjukvårdssvefret att så skulle vara fallet?

Det hela började i Jönköping

den 7 november 2005, där allmänheten via Jönköpingsposten (JP) fick veta att »antalet dödsfall på ett sjukhus är ett bra mått, det är lätt att mäta och enkelt att jämföra med andra sjukhus«. På basen av amerikanska siffror påstods att inte mindre än 25 procent av alla dödsfall på

sjukhus är onödiga. En projektledning inom landstinget arbetade därför redan för fullt för att reducera denna onödiga dödlighet bland länets invånare.

Redan den 2 mars 2006 kunde projektledningen i JP avslöja att tre åtgärder – influensavaccination, snabb diagnos och behandling av sepsis samt förbättrad respiratorvård – på mindre än ett år hade minskat sjukhusdödligheten med 10 procent. Effekten var statistiskt signifikant, och man var redan på god väg att utrota döden.

Bedriften blev snabbt omskriven och omtalad; stolta tjänstemän och kolleger framträdde i medierna och kunde bara bekräfta det framgångsrika utvecklingsarbetet och att Jönköpings län åter var först och bäst i landet med förbättrad patientsäkerhet. Nu ville många andra landsting haka på metoden för att enkelt och behändigt minska sina dödsfall, och Socialstyrelsen applåderade utvecklingen.

Problemet var att nedgången av dödligheten i F-län bara var en dagslända – den stod sig inte ens ett år! Att det så skulle gå borde var och en med minsta insikt i den svenska sjukvårdsorganisationens komplexitet kunnat förutsäga. Det går inte att bedöma sjukhusens patientsäkerhet enbart utifrån dödligheten på sjukhusen, en dödlighet som



Foto: Durand Florence/Scanpix

Influensavaccination – ett tillräckligt sätt att minska sjukhusdödligheten? (Personerna på bilden har inget samband med artikeln.)

styrts av en mängd svårkontrollerbara faktorer både inom och – framför allt – utanför den slutna vårdens organisation.

Det är t ex ett avgörande faktum att HSMR inte tar hänsyn till att flertalet dödsfall sker utanför sjukhusen. Till detta kommer olikheter och rena felaktigheter i registreringen av data. Den klinik som snabbt vill förbättra sin patientsäkerhet och sitt renommé gör det enklast genom att skriva ut ett antal döende patienter till hemvård eller serviceboende.

Det bekymmersamma var att de ansvariga – trots våra påpekanden – inte låtsades om de metodologiska bristerna och inte heller offentligt rapporterade att det till syvende och sist inte blev ens en tumme. Inte med så mycket som ett TT-telegram korrigerades de vilseledande uppgifter som spritts om den fantastiska utvecklingen i Jönköpings län.

Tvärtom utvidgades skådespelet. HSMR-metoden applicerades på 80 procent av alla dödsfall på svenska sjukhus. Landstingen rangordnades därefter utifrån sin sjukhusdödlighet under förespeglingsen att skillnaderna berodde

på olikheter i säkerhetstänkandet.

Dagens Medicin 6/2007 slog på första sidan upp nyheten att »Det är lägst risk att avlida i Stockholmsvården«, och i den efterföljande debatten fick vi inte gehör för att dessa slutsatser var alldeles för prematura [2-4]. När nu Köster och medarbetare gör en kompletterande modell som inkluderar död inom 90 dagar förpassas Stockholm från tätpositionen, och avståndet mellan de olika landstingen krymper rejält.

Vad kan man lära sig av detta spektakel? Ja, uppenbart är vetenskap en sak och opinionsbildning en annan. Medierna, inklusive Dagens Medicin, har inte kompetens att bedöma om »resultat« är vetenskapligt korrekta och/eller rimliga. Politiker och tjänstemän har inte heller denna kompetens, varför de lätt anammar medias rapporter. Vilket i sin tur gör att sjukvårdspolitikerna i hög grad påverkas av mediala trender, prematura forskningsrapporter och diverse utspel på bristfälligt sakunderlag.

Ändå är det anmärkningsvärt att så många i sjukvårdsapparaten gick på valsen att



BENGT JÄRHULT
distriktsläkare, vårdcentralen i Ryd/
FoU-centrum, Växjö
bengt_jarhult@
hotmail.com



JOHANNES JÄRHULT
professor, överläkare,
kirurgkliniken,
Länssjukhuset Ryhov,
Jönköping

dödsfallen i den moderna, kunskapsrika, väldokumenterade svenska sjukhusvården kraftigt kan reduceras bara genom lite fler influensavaccinationer, snabbare antibiotikatillförsel och höjd huvudända! Mer pinsamt är att Socialstyrelsen drogs med i de förhastade utspelen [4], något som myndigheten ännu inte kommenterat.

Vad mer kan vi lära? Först måste sägas att det är utmärkt att den internationellt spridda HSMR-metodik utvärderats i svensk miljö, vilket författarna till Läkartidningsartikeln har all ära av. I flera länder har HSMR inducerat en bisarr tävling mellan sjukhus om vem som kan uppvisa lägst dödlighet, trots att det är tveksamt om det bara är i Sverige som metoden är otillförlitlig.

Men varför börjar man inte med den vetenskapliga utvärderingen för att först därefter gå ut till medierna? Visserligen hade man inte kommit på första sidan av Dagens Medicin, men det hade onekligen sparat en del skattekronor.

Slutligen: Patientsäkerhet är förvisso en av många variabler som styr dödligheten. Kanske man i framtiden kan hitta säkra mått på sambanden. Det är viktigt att dödsfall på vårdinrättningar, särskilt oklara sådana, tas som utgångspunkt för en kollegial diskussion om handläggningen och om fel skulle kunna ha förebyggts.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:* Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Köster M, Jürgensen U, Spetz CL, Rutberg H. »Standardiserad sjukhusdödlighet« som kvalitetsmått i hälso- och sjukvård. Läkartidningen. 2008;105:1391-7.
2. Järhult B. Förenklad statistik rangordnar landsting på felaktiga grunder. Dagens Medicin. 2007;(7).
3. Jürgensen U, Köster M, Rutberg H. Är dödligheten på sjukhus ett ointressant mått på vårdkvalitet? Dagens Medicin. 2007;(9).
4. Järhult B. Prematura slutsatser om säkerhet. Dagens Medicin. 2007;(10).

Inrätta socialläkarteam i utsatta områden

Utsatta grupper har större självrapporterad sjuklighet och ohälsa än befolkningen i stort – en situation som riskerar att ytterligare förvärras i primärvårdens vårdval och privatiseringar. Artikelförfattaren föreslår därför inrättandet av speciella socialläkarteam i utsatta områden, efter modell från tidigare socialläkarverksamheter i Sollentuna och Sundbybergs kommuner.

Läkartidningen 26-27/2008 (sidorna 1908-9) påpekade jag att redan före Vårdval Stockholm hade utsatta grupper en större självrapporterad sjuklighet och ohälsa än befolkningen i stort. Primärvårdens vårdval och privatiseringar riskerar att ytterligare försämra detta förhållande [1].

Vad kan vi nu göra åt denna situation? En möjlighet är att bevaka och förbättra utsatta gruppers hälso- och vårdsituation genom att inrätta speciella socialläkarteam i utsatta områden.

Den förste socialläkaren i Sverige var Gunnar Inghe, som 1944 blev socialläkare i Stockholm, en tjänst på vilken han stannade till 1961, då han utnämndes till professor i socialmedicin. Anders Annell i Stockholm blev Sveriges siste socialläkare [2]. Han avgick med pension för något år sedan.

Socialläkaren var anställd av kommunen och hade som uppgift att vara dess medicinska rådgivare. Det fanns tidigare socialläkare främst i storstäderna men även på några an-

dra orter i vårt land. Innehållet i dessa tjänster såg olika ut i olika kommuner. I Stockholms stad blev socialläkarverksamheten uppdelad i olika funktioner. Där fanns det exempelvis socialläkare som enbart arbetade med alkoholmissbrukare, medan andra ägnade sig åt människor med psykiska och sociala problem.

I och med att Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) från 1982 trädde i kraft upphörde kommunernas möjligheter att anställa läkare för sjukvårdande uppgifter [3].

Primärvården ska enligt 5 § HSL »utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.«

Som framgått ovan har primärvården när det gäller utsatta grupper i realiteten inte ens innan Vårdval Stockholm infördes, uppfyllt 2 § och 5 § i HSL. Risken är stor att denna situation nu ytterligare kommer att förvärras.

Jag sökte som specialist i allmän psykiatri i början av 1970-talet en socialläkar-

tjänst i Sollentuna kommun (som 1975 hade 43 400 invånare) och stannade där i fyra år. Jag var därefter i elva år socialläkare i Sundbybergs kommun (med 27 000 invånare 1975). Socialläkarteamens utformning och verksamhet i dessa två kommuner skulle kunna stå modell för eventuella framtida verksamheter av detta slag.

I både Sollentuna och Sundbyberg bestod socialläkarteamet av en läkare (undertecknad), två sjuksköterskor, en kurator (eller socialläkarassistent) och en läkarsekreterare. I Sollentuna fanns också en psykolog och en fältgrupp med några socialarbetare knutna till teamet.

Genom att hela socialläkarteamet, även den sjukvårdande personalen, hade kommunen som huvudman underlätades samarbetet med socialtjänsten om det dagliga klientarbetet. Jag hade också täta kontakter med socialchefen och deltog i sociala centralnämndens sammanträden, där jag fick möjlighet att lägga medicinska synpunkter på de ärenden som togs upp.

Frågorna kunde vara av mer övergripande natur och handla om kommunens framtida planering i olika avseenden, men enskilda klientärenden behandlades också. På så sätt fick jag ett nära samarbete också med den sociala centralnämndens politiker. Genom denna nödvändiga dialog (som i dag oftast saknas, åtminstone i förhållande till hälso- och sjukvården) nåddes samsyn i flertalet frågor utan att några partiideologiska eller andra låsningar uppkom.

I det kliniska arbetet bedrev vi daglig alkohol- och drogpolitisk verksamhet, oftast varje vardagsförmiddag och två kvällar i veckan på social-



JAN HALLDIN
leg läkare, med dr,
Danderyd
jan.halldin@sll.se



Gunnar Inghe (1910–1977) – Sveriges förste socialläkare. Han var socialläkare i Stockholms stad 1944–1961. Han blev sedan professor i socialmedicin.



Anders Annell (född 1939) – Sveriges siste socialläkare. Han var socialläkare i Stockholms stad 1980–2007.

läkarmottagningen. Jag gjorde också hembesök hos kommuninvånare med olika typer av medicinska och sociala problem, ofta tillsammans med den i ärendet ansvarige socialsekreteraren. Ibland medverkade också någon annan personal ur socialläkarteamet.

Jag fick då jag besökte en klients bostad en ovärderlig inblick i den sociala hemsituationen (ibland med andra familjemedlemmar närvarande). Detta gjorde att jag som läkare hade möjlighet att göra en betydligt mer allsidig bedömning av en enskild klients eller familjs socialmedicinska behov – en bedömning som jag tidigare i rollen som sjukhusläkare inte haft möjlighet att göra.

Många hembesök gjordes till svårt psykiskt sjuka och till grava alkohol- och drogmissbrukare i respektive kommun. Dessa besök var ofta av akut natur, tog lång tid, och ibland uppstod hotfulla situationer. Det kunde handla om vårdintygsbedömningar av svårt psykiskt sjuka eller bedömningar av tvångsvård för alkohol- och drogmissbrukare enligt LVM (Lag om vård av missbrukare i vissa fall). Ibland kunde det bli aktuellt att omhändertaga barn. I många av dessa ärenden fick vi ta hjälp av den lokala polismyndigheten.

I och med att jag var läkare var det relativt lätt för mig att remittera in svårt sjuka till sjukhus utan att bli ifrågasatt av sjukvården. Jag besökte olika institutioner, exempelvis behandlingshem och ungdomsvårdsskolor, dit vi skickade våra klienter. Jag hade som socialläkare ett nära

samarbete med andra kommunala nämnder och myndigheter såsom skola, fritidsnämnd, polis, frivård, arbetsförmedling och försäkringskassa samt med landstingets primärvårdsmottagningar och psykiatriska mottagningar i respektive kommun. Dessutom hade socialläkarteamet nära kontakter med frivilligorganisationer såsom Länkar-na.

Socialläkarteamet deltog i kommunens förebyggande arbete särskilt mot alkohol- och drogmissbruk. 1984 var jag med om att ta fram ett discussionsunderlag inför ett kommunalt handlingsprogram mot alkohol- och narkotikamissbruk i Sundbybergs kommun. Underlaget användes sedan som discussionsunderlag för ett antal studiecirklar med representanter från myndigheter och organisationer inom kommunen.

Det alkohol- och drogpolitiska programmet antogs av kommunfullmäktige 1986. Jag medverkade också i bedömningar av vilka utskänkingsställen som skulle ha tillstånd att servera alkoholdrycker.

Som socialläkare fick jag förtjänt kännedom om situationen i de utsatta områdena i respektive kommun, exempelvis i vilka hus störande missbrukare och psykiskt sjuka bodde. Utifrån denna kunskap deltog jag i diskussioner med socialtjänst och kommunpolitiker hur vi skulle komma tillrätta med problemen. På så vis fick jag tillsammans med socialtjänsten ett övergripande områdesansvar för kommunens mest utsatta invånare som missbrukare och psykiskt sjuka.

Viss forsknings- och utvär-

deringsverksamhet bedrevs också. Vi gjorde i Sollentuna en socialmedicinsk utvärdering av ett inackorderingshem för människor med alkoholproblem [4]. I Sollentuna och Sundbybergs kommuner gick jag igenom 27 fall av omhändertagande enligt LSPV (Lag om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall), som jag som socialläkare utfört, och som jag skrivit om i Läkartidningen [5].

I Sundbyberg studerade jag alla dödsfall som inträffade bland missbrukare år 1976 [6]. Denna artikel utmynnade i en socialpolitisk diskussion med förslag om att sätta in kraftåtgärder mot missbruket.

Sammanfattningsvis upplevde jag mina 15 år som socialläkare i två förortskommuner till Stockholm som det kanske mest roliga, omväxlande och meningsfulla arbete jag haft under mitt yrkesverksamma liv som läkare. Jag fick en helhetssyn på utsatta människors livsvillkor, bland annat genom den allsidiga kunskap jag kunde få genom att också lära känna enskilda personer och deras familjer (många var dock ensamstående), bostäder och närmiljö.

Att jag upplevde arbetet som socialläkare så framgångsrikt berodde också mycket på det nära samarbete jag hade med socialchefen Lars Åsberg, som var chef för socialtjänsten först i Sollentuna och sedan i Sundbyberg.

Det finns skäl att i dag i utsatta områden (vissa stadsdelar och förortskommuner till Stockholm och kanske också andra storstadsområden) överväga inrättandet av socialläkarteam med ungefär den personalstyrka och det mångsidiga arbetsinnehåll som jag beskrivit ovan. Socialläkarteamets storlek och uppgift kan dock variera beroende på lokala hälsoförhållanden och vilka övriga resurser som finns i respektive område (socialtjänst, psykiatrimottagning och beroendevårdsmottagning).

En huvuduppgift för socialläkarteamen vore att bevaka både de mest utsatta gruppernas situation i respektive stadsdel eller kommun och områdets hälsoläge. Jag tror också att socialläkarteamen skulle vara till stor hjälp i handläggningen av svårt psykiskt sjuka människors problem. Bland annat bör teamen vara behjälpliga vid vårdintygsbedömningar. Detta har jag skriftligen framfört i ett remissvar på slutbetänkandet från Anders Miltons psykiatriutredning.

Det är viktigt att socialläkaren i delar av sin tjänst kopplas till en socialmedicinsk enhet för hjälp med forskning och utvärdering i sin stadsdel eller kommun.

Slutligen – det kan vara svårt att i dag rekrytera eventuella framtida socialläkare, varför man i läkarutbildningen bör göra ordentliga satsningar på de utsatta gruppernas situation och kanske också ha samundervisning med Socialhögskolan i dessa frågor.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Halldin J. Varför blundar sjukvårdens makthavare för utsattas ohälsa? Läkartidningen. 2008;105:1908-9.
2. Olsson K. Den siste socialläkaren har slutat. Läkartidningen. 2007;104:1933-4.
3. Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport om den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005. <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/9BABA972-7D30-4808-8051-BF6D82341617/4127/200510712.pdf>
4. Halldin J, Edlund E, Gunnarsson E. Socialmedicinsk utvärdering av ett inackorderingshem för människor med alkoholproblem. I: Alkohol-forskning i Sverige 1975. En postenkät genomförd av Tvärvetenskapliga seminariet i alkoholfrågan. Stockholm: 1976; B32:85-6.
5. Halldin J. Psykiatriska jourteam för hembesök. Läkartidningen. 1976; 75:2280-1.
6. Halldin J. Dödsfall bland missbrukare i Sundbyberg 1976 – En studie med socialpolitiska konsekvenser. Alkohol och narkotika. 1979;73:16-22.