

Är Socialstyrelsens mortalitetssiffror ett acceptabelt mått på vårdkvalitet vid hjärtinfarkt?

I Läkartidningen 50/96 [1] kritiserade vi Socialstyrelsens rapport [2] om korttidsdödlighet i hjärtinfarkt vid svenska sjukhus. Kritiken har ej kommenterats. I debatten om Socialstyrelsens rapport finns en kärnfråga:

Är den beskrivna sjukhusmortaliteten i hjärtinfarkt från och med 3:e till och med 15:e dygnet ett acceptabelt mått på vårdkvalitet?

Ett jakande svar förutsätter att mortalitetssiffran kan korrigeras för faktorer som påverkar dödsrisken. En omfattande och påkostad undersökning vid Harvard Medical School [3] visar klart att detta i praktiken ej är möjligt.

I undersökningen söktes svar på frågan huruvida ett batteri av vid sjukhusinläggningen registrerade dödsriskfaktorer kunde förklara variationen i korttidsmortalitet bland 15 000 hjärtinfarktpatienter från olika sjukhus.

Undersökta faktorer utgjordes bl a av sociodemografiska förhållanden, andra sjukdomar än hjärtinfarkt, t ex diabetes, en mängd kliniska undersökningsresultat liksom naturligtvis av ålder och kön.

Om en god förklaringsgrad av mortaliteten kunde påvisas med hjälp av kända dödsriskfaktorer hos så många patienter från olika sjukhus kan man använda mortalitet vid det enskilda sjukhuset korrigerad för dessa riskfaktorer som mått på skillnader i sjukhusens vårdkvalitet. Endast 27 procent av variationen i korttidsmortalitet förklarades av de vid intagningen registrerade döds-

DEBATT

”Med så låg förklaringsgrad av mortalitetsvariationen kan inte ens en för många riskfaktorer korrigerad mortalitetssiffra användas som mått på vårdkvalitet vid hjärtinfarkt.”

riskfaktorena. Förklaringsgraden ökade till 33 procent om hänsyn togs till sjukhusbehandling med acetylsalicylsyra, betablockare, trombolytika och ACE-hämmare, dvs den traditionella läkemedelsarsenalen vid hjärtinfarkt.

Meningsfull statistisk analys saknas

Med så låg förklaringsgrad av mortalitetsvariationen kan inte ens en för många riskfaktorer korrigerad mortalitetssiffra användas som mått på vårdkvalitet vid hjärtinfarkt. Detta gäller i långt högre grad för Socialstyrelsens mortalitetssiffror vid svenska sjukhus som ju endast korrigerats för ålder och kön. För att använda mortaliteten som mått på vårdkvalitet bör förklaringsgraden ovan i princip vara 100 procent men praktiskt i varje fall 80–90 procent. Nu hjälper inga aldrig så elegant uträknade statistiska signifikansgränser, eftersom den grundläggande förutsättningen för en meningsfull statistisk analys saknas.

Fynden i Harvardundersökningen kan bero på 1. icke uppmärksammade dödsriskfaktorer 2. skillnad i andra delar av behandlingen än ovan nämnda läkemedelsbehandling 3. diagnostiska problem, bl a olika avgränsning av begreppet hjärtinfarkt i det kontinuum som de instabila koronara tillstånden utgör.

Vi önskar Socialstyrelsens svar på frågan:

– Kan några slutsatser dras om vårdkvalitet av enbart för ålder och kön korrigerad sjukhusmortalitet vid hjärtinfarkt?

Om svaret är ja, vilken publicerad vetenskap stöder sig Socialstyrelsen på?

Göran Nilsson

docent,

Gunnar Agert

överläkare, hjärtavdelningen, Centrallasarettet, Västerås

Referenser

1. Nilsson G, Holming K, Agert G. Missriktad kvalitetsiver. Kritik mot Socialstyrelsens undersökning av död i hjärtinfarkt vid svenska sjukhus. Läkartidningen 1996; 93: 4624–8.
2. Socialstyrelsen. Korttidsdödlighet bland hjärtinfarktpatienter vid svenska akutsjukhus 1992–1994. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996.
3. Normand ST, Glickman ME, Sharma RGVK, Mc Neil BJ. Using admission characteristics to predict short-term mortality from myocardial infarction in elderly patients. JAMA 1996; 275: 1322–8.

Replik:

Nej, mortaliteten är inget bra mått men kvalitetsarbetet har stimulerats

Alltsedan 1700-talet har man försökt redogöra för den verksamhet som bedrivs inom sjukvården. På Serafimerlasarettet fanns t ex årsberättelser där man redogjorde för hur många patienter som togs in, vilka diagnoser de hade och i vilket tillstånd de skrevs ut. Man använde en kategorisering i friska, förbättrade, oförändrade, försämrade eller döda. Dessa data var offentliga och fanns att tillgå för kontroll. Jag är säker på att de dessutom

utgjorde diskussionsunderlag när data för föregående år var sammanställda.

Sedan dess har egentligen inte mycket skett. Med Lex Maria-föreskrifter täcker man vissa typer av fel och för syndelser. Det finns stora system för sjukvårdsstatistik, men bedömningar om hur det har gått för patienterna på de olika avdelningarna eller sjukhusen görs i stort sett inte.

Det finns naturligtvis många olika

DEBATT

”På aggregerad nivå torde dock kvalitetsregistren kunna ge besked om var svensk sjukvård står idag och framför allt hur utvecklingen går över tiden i dessa resursnedskärningstider.”

förklaringar till ett visst utfall, och därför är siffrorna osäkra.

Å andra sidan finns nu bättre tillgång till epidemiologisk kunskap, och större material innebär mindre risk för felaktiga slutsatser av typ två.

Patientmaterialet sällan representativt

Uppföljningar görs i kliniska studier ofta med randomiserad teknik då man jämför olika typer av behandlingar. Emellertid vet alla som sysslat med denna typ av verksamhet att patientmaterialet sällan är representativt. Exempelvis är dödligheten vid akut hjärtinfarkt i de kliniska studierna kring 8 procent medan den i ett oselekerat patientmaterial ligger på över 20 procent.

Man har därför känt sig osäker på det kliniska värdet av olika behandlingsåtgärder och också på om den egna verksamheten är högkvalitativ i alla avseenden.

Med trombolysbehandlingens införande blev det också klart att även andra faktorer än själva läkemedlet har betydelse för utfallet, nämligen fördröjningstiden. Tiden från det att patienten fått symtom till dess att behandling sätts in är avgörande för möjligheten att begränsa infarktstorleken. Fördröjningstiderna beror naturligtvis på patientens egen tvekan att kalla på hjälp, transportmöjligheter, fördröjningstider på akuten och i hanteringen på akutavdelningarna.

Utfallsskillnader

I de stora kliniska studierna har man också kunnat se att trots att alla behandlingar är standardiserade så finns det utfallsskillnader mellan olika enheter. Man har sökt förklaringen till detta i hanteringsskillnader, olikheter i logistik samt i bakgrundsvariabler som inte är korrigerade för socioekonomiska faktorer, medan ålder och kön och tidigare sjukdomar oftast beaktas.

Nyligen presenterades i New England Journal of Medicine en jämförelse mellan utfallet i TIMI-studien mellan amerikanska och kanadensiska centra. Man fann att även efter alla de korrigeringar man kunde göra så var utfallet i amerikanska centra bättre än i kanadensiska. Man tolkade det som beroende på större tillgång till tidig kranskärlsröntgen och intervention. Således kan man få goda indikationer på förbättringar i omhändertagande genom att göra jämförelser som är välgrundade mellan t ex olika centra.

Till vad kan statistiken användas?

Till vad kan man då använda sjukvårdsstatistiken som den applicerats under lång tid?



ILLUSTRATION: FOLKE NORRLINDER

»Mycket tid och kraft ägnas på avdelningarna åt att skriva epikriser, fastställa diagnos och sammanställa patientdata från olika vårdtillfällen.»

Mycket tid och kraft ägnas på avdelningarna åt att skriva epikriser, fastställa diagnos och sammanställa patientdata från olika vårdtillfällen. Dessa används bl a som underlag för att planera för det enskilda sjukhusets avdelningar, och de ingår också i folkhälsostatistiken. Numera används de också för ersättning, t ex i DRG-systemen.

Man har då tänkt sig att de osäkerheter som vidlåder diagnostiken, de skillnader som kan finnas lokalt i diagnostiska kriterier samt olikheter i patientsammansättningar, jämnar ut sig i ett makroperspektiv. Data har förts tillbaka utan att egentligen ifrågasättas eller granskas. Vid kliniska studier blir informationen ganska dålig om man inte har en tydlig monitorering, dels kontrollerar att data är riktiga, dels att de är aktuella.

Sjukvårdsstatistiken har således inte förts tillbaka annat än på makronivå. Den har i stort sett accepterats och används t ex för att illustrera att införandet av trombolysbehandling minskade dödligheten i akut hjärtinfarkt.

Central diagnosregistrering

I Socialstyrelsens uppdrag ligger att göra s k öppna jämförelser mellan regioner och sjukhus. Orsakerna till detta är de stora geografiska skillnader som finns i prevalens, incidens och dödlighet i olika sjukdomar.

En diagnos som är relativt väldefinerad är akut hjärtinfarkt. Den har av det skälet använts både av Internmedicinska föreningen, Läkaresällskapet/Läkarkarförbundets kvalitetsprogram och Socialstyrelsens uppföljningsregister.

Syftet med central diagnosregistrering och rapportering är att någon form av kartläggning, uppföljning och jämförelse skall kunna göras. Från indivi-

duell patientbehandlingssynpunkt har det naturligtvis ingen som helst betydelse.

För att riktiga bedömningar skall kunna göras är det ytterligt viktigt att data är valida och jämförbara. Man har nog utgått ifrån att detta är fallet, eftersom inga förändringar har gjorts när de olika registren har funnits i bruk i många år. Regler finns också för hur t ex diagnos skall ställas.

Med dessa förutsättningar genomfördes mortalitetsstudien vid akut hjärtinfarkt vid svenska sjukhus. Presentationen åtföljdes av en tydlig bruksanvisning, där alla förbehåll angavs och där det klart framkom att det inte rörde sig om patienter som tagits in på misstanke om hjärtinfarkt och vårdats på hjärtinfarktavdelningar.

Med utgångspunkten att data var någorlunda jämförbara blev man därför förvånad över de relativt stora skillnaderna mellan olika sjukhus när hänsyn tagits till ålder och kön. Förbehållen om att andra orsaker kan föreligga angavs i rapporten. Data återfördes till de enskilda klinikerna med syfte att de skulle användas för internt bruk. I och med att de återförs är de offentlig handling. Genom att det är en offentlig handling kan vem som helst göra en lista på hur det ser ut på de olika sjukhusen och rangordna dessa. Detta var skälet till att de, efter påtryckningar från medierna, presenterades i den form som de gjordes en månad senare.

Problemet är att mottagarna av informationen inte har tillräcklig kunskap om hur den skall hanteras. Det gäller såväl medier som profession. Förbehållen är, precis som Göran Nilsson och Gunnar Agert anför, flera och leder till att denna typ av data inte kan användas för tillsyn. I stället bör de användas för egen kvalitetsuppföljning och underlag för diskussioner på lokalplanet om validiteten av data, hur man ställer diagnos, uppföljningstider och också därmed vara underlag för diskussioner kring åtgärder på de olika klinikerna. Med ökad kunskap om förbehållen och om hur data skall hanteras blir problemet med offentligheten mindre. Kunskapen om frågan och beredskapen att besvara frågor om t ex utfallsmått blir också större och risken för feltolkningar minskar.

Beredvillighet att delta ett måste

I ett läge där sjukvårdsresurserna krymper beroende på minskande totala resurser är det naturligtvis av största vikt att man från svensk sida kan ge mått på kvaliteten och ställa den i relation till de resurser som sätts in. För att detta skall kunna ske krävs en beredvillighet att delta i ett sådant arbete och kunskap om att hantera data. Det leder inte bara till att man skall kunna redo-

göra för vilken kvalitet svensk sjukvård håller i ett internationellt perspektiv eller på lokalplanet utan också till att man automatiskt får impulser till förbättringar i behandlingsrutiner. Alla som deltagit i kvalitetsarbete kan vittna om att ens egen uppfattning om exempelvis fördröjningstider på akuten visade sig vara felaktiga när man väl mätte dem.

För mycket administrativt arbete

Ett stort problem är monitoreringen och kontrollen av validiteten av data. Redan nu klagas det över att mycket tid måste ägnas åt administrativt arbete som inte är förenat med direkt patientarbete i syfte att tillfredsställa olika myndigheter och administrativa krav. Risken finns att dessa uppgifter inte utförs med den omsorg som t ex ägnas kliniska prövningar och att data därför blir invalida. Felaktiga slutsatser kommer därför att dras.

Alternativet att över huvud taget inte göra denna typ av dokumentation är dock sämre enligt min mening. Dels finns det en skyldighet för sjukvårdsproducenten att kunna redogöra för vårdkvalitet på ett acceptabelt och begripligt sätt för allmänheten och potentiella patienter. Dels finns en skyldighet att kunna redogöra för kvaliteten vid olika sjukdomstillstånd för politiker och andra som fattar beslut om resurstilldelningar. För att data skall kunna vara meningsfulla krävs återigen god validitet och möjlighet att göra jämförelse mellan enheter.

De nationella kvalitetsregistren är i de fallen bättre lämpade än sjukvårdsregistren. Kvalitetsregistren har en större detaljrikedom, och möjligheter till korrigeringar för »case mix» är större även om de inte är hundra procentigt pålitliga.

Kvalitetsregistren har således brister och är också ämnade att vara underlag för interna diskussioner mellan företrädare för de olika specialiteterna, men också lokalt på hemmaplan för diskussioner kring omhändertaganderutiner. På aggregerad nivå torde dock kvalitetsregistren kunna ge besked om var svensk sjukvård står idag och framför allt hur utvecklingen går över tiden i dessa resursnedskärningstider.

I de olika nationella kvalitetsregistren är tanken att återföringen skall ske på en aggregerad nivå. Aggregationsnivån bestäms av styrgruppen för vart och ett av registren och beror naturligtvis på organisatoriska förhållanden.

För vissa kirurgiska register redovisas data för enskild kirurg, men i de flesta fall är aggregationsnivån klinik eller område. När det gäller diabetesregistret torde aggregationsnivån vara en sammanslutning av ett flertal vårdcentraler när det gäller öppenvården. Länsvisa

jämförelser är kanske det lämpligaste i det fallet.

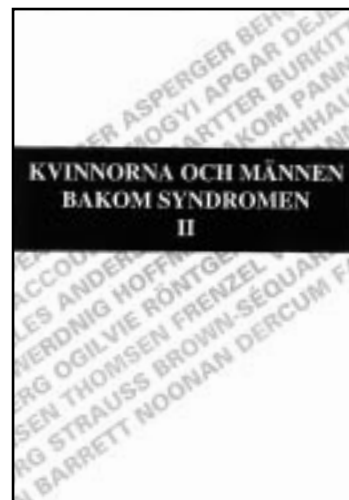
Ökad öppenhet

Erfarenheten från infarktstudien och andra studier av sjukvårdsregistret samt arbetet med kvalitetsregistren är att fortsatta ansträngningar måste göras för att förbättra validiteten i data. Framför allt bör man komma fram till hur data skall presenteras och hur de som tar emot information skall utbildas så att misstolkningar av data undviks. Ibland undrar man om inte alla i samband med presentationer av resultat eller vid tolkning av data bör ange några av sina egna bevekelsegrunder så att dessa blir tydliga. En ökad öppenhet torde leda till en ökad validitet och också förbättring av val av data som används.

Göran Nilsson och Gunnar Agert frågar om sjukhusmortalitet i hjärtinfarkt från och med 3:e till och med 15:e dygnet är ett acceptabelt mått på vårdkvalitet. Svaret är nej. Det framgick också alldeles tydligt i bruksanvisningen. Vad undersökningen däremot gav svar på är att stora skillnader föreligger vars orsaker kan ha både med vårdkvalitet och bakgrundsfaktorer att göra, liksom med diagnostiska kriterier, ordning och reda när det gäller bokföring osv. Jag menar att återföringen till de enskilda ansvariga var meningsfull. Det har lett till ett stort antal kvalitetsarbeten, och när det gäller hjärtinfarkt vården är anslutningen till det nationella kvalitetsregistret nu över 80 procent.

Min förhoppning är att diskussionen kan föras vidare och att vi skapar ett system som både medger att kvalitetsmått kan extraheras utan alltför stora ansträngningar och att dessa kan hanteras på ett sådant sätt att goda exempel tas till vara.

Nina Rehnqvist
överdirektör, Socialstyrelsen,
Stockholm



Helt ny bok om syndrom!

• Boken "Mannen bakom syndromet" har fått en helt ny efterföljare: "Kvinnorna och männen bakom syndromen" med 70 artiklar som publicerats i Läkartidningen under perioden 1990–1996. Den tar upp namn som Asperger, Bichat, Fancioni och Waldenström. Här finns också män "bakom metoden", exempelvis Doppler och Röntgen.

• Denna nya bok omfattar 248 sidor och är rikt illustrerad, även med färgbilder. Därtill finns en sammanställning (i förminskat utförande) av de uppskattade tidningsomslag som hör till serien. Priset är 190 kronor + porto (60 kronor).

Beställ här:

..... ex "Kvinnorna och männen bakom syndromen" à 190 kronor + porto.

BESTÄLLARE.....

ADRESS.....

POSTNUMMER/POSTADRESS

Insändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm.

Telefax 08-20 76 19