

Tema: Stora och små sjukhus

Introduktion

Det finns få frågor inom sjukvården som kan engagera allmänheten mer än att få behålla det lokala akutsjukhuset med öppethållande på natten. Det skulle i så fall vara frågan om privat kontra offentligt ägande av sjukhus. Under flera decennier har det förts en intensiv debatt om det finns stordriftsfördelar eller ej i sjukvården. Tyvärr har vi ännu inte kommit till någon konsensus vare sig vad gäller eventuella stordriftsfördelar eller om privat eller offentlig sjukvård är bäst. I en litteraturgenomgång i ämnet "Sjukhusstruktur och kostnader" av Spri 1995 konstateras att det inte finns några entydiga vetenskapliga belägg för att stora sjukhus producerar sjukvård till lägre kostnad än små. Det fåtal studier som undersöker om det finns samordningsfördelar med att samla olika medicinska specialiteter till ett sjukhus, visar inte på några större vinster med att förlägga skilda verksamheter till samma sjukhus. Flera studier visar att sjukhusen har vissa brister i produktivitet, vilket betyder att det kan finnas utrymme för kostnadsnedskärningar, eller produktionsökningar. Det noteras i flera studier att läkarna har ett avgörande inflytande på hur sjukvårdens resurser används, även om det kan ifrågasättas om de tar ekonomisk hänsyn. En studie tyder på att kost-

naderna blir lägre om läkarna får incitament att hushålla med resurserna. De översiktsstudier som analyserar sambandet mellan patientvolym och behandlingsresultat finner inga entydiga samband som tyder på att behandlingsresultaten förbättras med antalet kirurgiska ingrepp per läkare. Vad gäller frågan om ett större antal fall per sjukhus, inom en viss patientkategori, förbättrar behandlingsresultaten kommer översiktsstudierna till olika slutsatser (1).

Den ansedda brittiska tidskriften *Lancet* skrev på ledarplats att det för vissa diagnoser kan finnas viktiga skäl att lokalisera vården till specialiserade centra. Dessa orsaker kan vara att diagnosen är sällsynt (t.ex. barncancer), att den kräver läkare med särskild skicklighet (t.ex. karotiskirurgi), eller att diagnosen kräver stora läkarlag och dyrbar utrustning (exempelvis hjärtkirurgi). Många vanliga diagnoser faller emellertid inte inom dessa kriterier. Det är inte bara patientantalet för den behandlade läkaren som avgör behandlingsresultaten för dessa diagnoser, och ledaren avslutas med ett drastiskt påstående: "Skickliga kirurger kan åstadkomma goda resultat med relativt få patienter per år, medan mindre skickliga kirurger kan fortsätta att uppnå sämre resultat hur många

operationer de än utför" (2).

I USA har tre delstater publicerat öppna resultatredovisningar av individuella hjärtkirurgers resultat vad gäller 28 dagars mortalitet vid kranskärloperationer. Mortaliteten i CABG är mycket låg (1-3 %), vilket gör det vanskligt att göra jämförelserna som publiceras tre år efter det att operationerna ägt rum. Tveksamhet har också framförts till att publicera resultatet för individuella kirurger. De skickligaste kirurgerna fick oftast ta hand om de svåraste fallen och hamnade oförskyllt lågt i rankingslistorna. Detta kan leda till att skickliga kirurger drar sig för att ta sig an svårt sjuka patienter. Det behövs information om långtidsöverlevnad och livskvalitet efter operation. Sambandet mellan operationsvolym och behandlingsresultat har varit mycket omdiskuterat i Storbritannien och USA (3-12).

I detta nummer har vi bett tre personer att förmedla aktuell kunskap i frågan om stora och små sjukhus. Hälsoekonomen **Mattias Lundbäck** har gått igenom litteraturen sedan Spri-studien från 1995 och kommer fram till att tillgänglig forskning fortfarande inte ger stöd för tanken om att stora sjukhus är mer effektiva än små. **Bo Jordin**, specialist i allmänmedicin och före detta primärvårdsråd vid Socialstyrelsen analyserar jourverksamhetens betydelse för sjukhusstrukturen. **Lars Wallentin**, professor och registeransvarig för RIKS-HIA, presenterar resultaten av behandling av akut hjärtinfarkt i Sverige år 2003. Hjärtsjukvården var

först med att gå ut med resultat bland de nationella kvalitetsregistren för år 2002, vilket uppmärksammades i TV-programmet "Uppdrag granskning" våren 2004. Under de senaste åren har en kontinuerligt förbättrad överlevnad kunnat iakttas: 30-dagarsdödligheten för personer under 80 år låg på 7 procent för åren 2002-3. Ökad användning av nya läkemedel och kranskärlsingrepp har bidragit till detta. Det är emellertid viktigt att notera att skillnaderna i sjukhusen medicinska behandling endast förklarar några få procent av skillnaderna i 30-dagarsdödlighet.

Under senhösten har produktiviteten inom sjukvården debatterats flitigt. Landstingsförbundet publicerade under hösten en jämförande studie av produktiviteten mellan landstingens slutna akutsjukvård, som blev mycket omdebatterad (13). Det är angeläget att komplettera denna analys med kvalitetsaspekter. Varför inte börja med hjärtsjukvården där vi har tillgång till mycket relevanta kvalitetsindikatorer – inte bara dödlighet!

Stefan Håkansson
Temaredaktör

Stefan Håkansson, docent vid Institutet för kommunal ekonomi (IKE), Stockholms universitet och Enheten för uppföljning och utvärdering, Socialstyrelsen

Kontakt: Stefan Håkansson, Enheten för uppföljning och utvärdering, Socialstyrelsen, 106 30 Stockholm. E-post: stefan.hakansson@socialstyrelsen.se

Referenser

- (1). Grönqvist E. Sjukhusstruktur och kostnader: En litteraturgenomgång. Stockholm: Spri, 1995. (Spri rapport 410).
- (2). Editorial. Specialisation, centralised treatment, and patient care. *Lancet* 1995;345(8960):1251-2.
- (3). Houghton A. Variation in outcome of surgical procedures. *British Journal of Surgery* 1994;81:653-660.
- (4). Birkmeyer JD, Stukel TA, Siewers AE et al. Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States. *The New England Journal of Medicine* 2003;349:2117-27.
- (5). Bridgewater B, Grayson AD, Jackson M et al. Surgeon specific mortality in adult cardiac surgery: comparison between crude and risk stratified data. *BMJ* 2003;327:13-7.
- (6). Black A. Reconfiguration of surgical, emergency, and trauma services in the United Kingdom: Centralisation of services is politically impossible. *BMJ* 2004;328:178-9.
- (7). Urbach DR, Baxter NN. Does it matter what a hospital is "high volume" for? Specificity of hospital volume-outcome associations for surgical procedures: analysis of administrative data. *BMJ*, doi:10.1136(bmj.380.30.642963.AE (published 12 March 2004).
- (8). Romano P, Zhou H. Do Well-Publicized Risk-Adjusted Outcomes Reports Affect Hospital Volume? *Medical Care* 2004;42:367-77.
- (9). Bridgewater B, Grayson AD, Au J et al. Improving mortality of coronary surgery over four years of independent practice: retrospective examination of prospectively collected data from 15 surgeons. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38173.577697.55 (published 6 August 2004).
- (10). Zamvar V. Reporting systems for cardiac surgery: Existing systems assure safety but do not indicate quality. *BMJ* 2004;329:413-4.
- (11). Keogh B, Spiegelhalter D, Bailey A et al. The legacy of Bristol: public disclosure of individual surgeons' results. *BMJ* 2004;329:450-4.
- (12). Mitchell P, Hope T, Gregson BA, Mendelow AD. Regional differences in outcome from subarachnoid haemorrhage: comparative audit. *BMJ* 2004;328:1234-5.
- (13). Heurgren M, Bäckström L, Sérden L, Lindqvist R. Att beräkna produktivitet i sjukvården. Beskrivning av metod för produktivetsberäkningar och redovisning av resultat från en studie 2002. Landstingsförbundet, 2004.