

BESLUT

2019-06-24

Dnr: 18/01919

SAKEN

Dokument inifrån: Den stora sjukhusstriden, SVT1, 2018-05-02 och 2018-05-09, dokumentär i två delar om centraliseringen av högspecialiserad vård; fråga om opartiskhet och saklighet

BESLUT

Programmen frias. De strider inte mot kraven på opartiskhet och saklighet.

PROGRAMMEN

Programmen handlade om hur den svenska sjukvården genomgår en förändring från att specialistvård utförts på mindre sjukhus till att börja koncentreras till större sjukhus inom landstingen. I programmen ifrågasattes en statlig utredning (SOU 2015:98) som till stor del legat till grund för beslutet att centralisera specialistvården och i synnerhet en beräkning i utredningen, som pekade på att 500 dödsfall per år kunde undvikas om patientvolymerna skulle öka till minst 100 ingrepp av en viss typ av åtgärd på svenska sjukhus. I programmen medverkade bland annat läkare, patienter, politiker, professorer och sakkunniga samt den statlige utredaren A.

Programmet den 2 maj 2018

I början av det första programmet visades bilder från Västerviks sjukhus och reportern berättade om sjukhuset och verksamhetschefen för kirurgi B och en överläkare berättade om verksamheten. Reportern sa sedan bland annat följande.

(Reporter) – Men vilken framtid har ett sjukhus som Västervik? Måste den vård som ges här i dag finnas kvar i morgon? Eller kan vi organisera vården på ett annat sätt?

Senare sa reportern bland annat att Västerviks sjukhus hade slutat att göra matstrupscanceroperationer och en patient fick berätta om sina resor till

Linköping för specialistvård där i stället. Patienten tyckte att det kändes tryggare att få specialistvård.

(Reporter) – Matstrupscancer är relativt ovanligt. Det görs bara några hundratals operationer per år i hela landet. Och själva meningen med att samla behandlingen till Linköping är att läkarna där ska få tillräckligt många patienter per år för att bygga upp sin erfarenhet och kunskap. Man pratar om att öka patientvolymen på ovanliga ingrepp. Och de flesta är egentligen överens om att den här förändringen i grunden är bra och nödvändig. Men förändringen har också en baksida. För medan kirurgerna i Linköping får en större vana att operera matstrupar så är det samtidigt en kunskap som försvinner på de andra sjukhusen som slutat göra ingreppet. Bredden minskar. (B) – Vi lider ju förstås i viss utsträckning nu av att vi inte längre kan känna oss hemma inom matstrupscancerkirurgi, leverkirurgi eller bukspottkörtelskirurgi, men vinsterna med att remittera dessa till någon som ska få större volym är nog ändå större än de negativa konsekvenserna som man har utav att man inte riktigt har, är hemma på det området. Och på samma sätt så kan man ju resonera om andra diagnoser men jag tycker att gränsen är nådd nu för vad man kan ta bort i från ett sjukhus som ska ha fortsatt möjlighet att rekrytera och behålla personal.

Senare intervjuades socialministern där hon bland annat sa att sjukvården är komplex och svår att göra förändringar i. Sedan sa reportern att det finns radikala framtidsvisioner på sjukvårdsområdet som politikerna inte alltid pratar om med väljarna. Socialministern beskrev sedan sin vision för sjukvården om 20–25 år. Hon beskrev den som en kraftigt utbyggd primärvård och en koncentrerad specialistvård där man är extremt kunnig och duktig.

(Reporter) – Det började redan under den förra regeringen. Dåvarande socialministern ville ta reda på om man kunde snabba på centraliseringen. Kan staten öka trycket på landstingen? [---] A, tidigare generaldirektör, han har i decennier arbetat med sjukvårdens organisation och kvalitetsutveckling. Det var han som fick uppgiften att titta på frågan och ta fram ett underlag till regeringen. [---] Ganska snart blev A övertygad om att den svenska sjukvården inte är så bra som den skulle kunna vara. (A) – Ja, alltså det var ju väldigt tydligt att det finns väldigt många sjukhus som gör komplicerade operationer i väldigt få antal. Och då kan inte kirurgen eller teamet få tillräcklig träning. Träning ger färdighet. Det verkar ganska självklart för de flesta av oss men det har inte riktigt tillämpats i sjukvården.

Reportern sa sedan att A skrivit en rapport ”Träning ger färdighet”, där han argumenterade för att vårdkvaliteten kunde höjas väsentligt om svenska läkare blev ännu mer specialiserade.

(A) – Det gör att resultaten både när det gäller minskad risk att dö på operationsbordet eller för andra åtgärder som man gör inom medicin, psykiatri vad som helst och att komplikationsrisken blir mindre generellt. Det är vinsterna för patienterna. Sådana här komplexa grejer ska inte alla göra utan det ska man koncentrera till dem som gör det ofta. (Reporter) – A:s förslag är att staten ska ta ifrån landstingen en del av ansvaret. I stället ska socialstyrelsen gå in och styra vilken vård som ska finnas var i landet. Men det stötte på visst motstånd. (A) – Och där fanns det en del protester dels är det ju de som jobbar lokalt på mindre sjukhus ofta, som är rädda att de ska bli av med den typen av åtgärder eller operationer som de tycker är intressanta att göra även om de inte gör så himla många av dem. Och det andra är också väl lokala politiker som är rädda att de ska bli av med viss verksamhet i just sitt område eller sitt sjukhus. Vi försökte

verkligen vara lyhörda och lyssna på alla argument och sådant. Men man kan inte alltid göra alla nöjda. Nu tyckte vi att det viktigaste var att patienterna blev nöjda.

Sedan följde bilder från Västerviks sjukhus där B undersökte en patient.

(Reporter) – A har satt upp en riktlinje. Varje sjukhus ska göra minst 50 till 100 ingrepp av varje slag varje år. Den rekommendationen har redan fått konsekvenser för kirurkliniken i Västervik.

Läkare B från Västervik berättade om att sjukhuset från och med detta år tvingats att remittera ändtarmscancerkirurgi och njurcancer till Kalmar och att de i utbyte fått en del tjocktarmskirurgi från Kalmarområdet och urinvägsdelar från hela länet. Reportern konstaterade att Västervik och andra sjukhus specialiserar sig på färre ingrepp och ställde sig frågan vad som händer med bredden och akutvården. Reportern berättade att de färdigheter som B och överläkaren skaffat sig genom att operera ändtarmscancer ofta varit viktiga för andra ingrepp och för att kunna ge en förstklassig förlossningsvård. B ställde sig frågande till om de kunde erbjuda en bra förlossningsvård i framtiden eftersom de inte längre opererade ändtarmscancer och ställde sig frågan om tanken kanske var att i förlängningen ta bort även förlossningsvård från Västervik sjukhus. Reportern berättade att känslan av att bli fråntagen uppgifter som man behärskar skapade frustration i Västervik och att det fanns en misstänksamhet trots att ingen påtalat att de vill röra förlossningsvården.

(Reporter) – Regeringens utredare ser inget utrymme i framtiden för mindre sjukhus med stor kirurgisk bredd. (A) – Jag tror att, att en del av sjukhusen, mindre sjukhusen måste få en annan inriktning, de måste göra färre saker. Men också kanske att alla kanske inte behöver ha en kirurklinik. Det är inte så att man ska lägga ner alla sjukhus men däremot ska mindre sjukhus göra färre saker och det ska de göra oftare. Det tror jag är det viktigaste. (Reporter) – NN har under arbetet med utredningen blivit starkt övertygad. Han gjorde beräkningar på vilka effekter en ökad centralisering skulle kunna ge. Och det ledde fram till en uppgift i hans rapport som väckt mer uppmärksamhet än något annat. (A) – När vi gjorde de här beräkningarna och tittade på att det var så pass mycket som flera 100 onödiga dödsfall inom 30 dagar på grund av att man inte fick träna tillräckligt, det överraskade mig det måste jag säga.

Sedan följde ett bildmontage av hur uppgiften i den statliga utredningen rapporterats om i media. I ett klipp från en intervju med A sa han ”Vi skulle kunna rädda upp till 500 liv per år, om vi hade en, om vi koncentrerade vården mer än vad vi gör i dag”

(Reporter) – Uppgiften att så många som 500 patienter dör i onödan varje år för att vården är alltför utspridd, den förändrade debatten. Numera råder enighet bland riksdagspartierna om att centraliseringen av vården gått för långsamt. Och att man allt för länge tagit allt för stor hänsyn till människor som motsatt sig förändringar.

Därefter följde uttalanden från olika ledamöter i socialutskottet och socialministern som bland annat uttryckte att det fanns ett motstånd mot förändringar och att det var bland annat professionen som bromsade

utvecklingen samt att det var fråga om maktfrågor.

(Reporter) – Rikspolitikerna tycker att landstingspolitikerna gjort för lite. [...] A:s uppgift om att patienter dör i onödan har satt fart på de politiska kvarnarna. Men B i Västervik är rädd att politikerna har fått en överdriven tro på centraliseringens möjligheter, och driver förändringen allt för ogenomtänkt. (B) – Det finns en väldigt stor övertygelse om att det är viktigt med mycket volym och att större är bättre men jag är ju rädd för att vi inte kommer kunna upprätthålla ett akutkirurgiskt uppdrag på landsbygden längre.

Landstingsrådet i Dalarna (C) beskrev hur staten markerat att den vill att de samordnar vården på färre ställen och att det fanns en rädsla att staten kommer att gå in och bestämma om politikerna inte klarar av att göra det på landstingsnivå.

(Reporter) – Planen är att 100-tals ingrepp ska samlas på enstaka sjukhus i landet. (Socialminister) – Vi arbetar ju ganska hårt och kommer ju nu också gå fram med ett förslag som handlar om att koncentrera mera vård i Sverige. Och då pratar vi ju om den mera avancerade hälso- och sjukvården. [...] Grundorsaken är egentligen helt logisk, vi pratar bara inte om det så ofta i den allmänna debatten och det är att de läkarna, som annars om vi har det utspritt, på för många ställen som ska utföra den här avancerade kirurgin, de får för lite träning. Vilket innebär att vi har en utredning som pekar just på att vi har ungefär 500 dödsfall i Sverige varje år som relaterar till att vi i dag har en situation där vi har för många saker som görs på för många ställen och som resulterar i att folk dör. Därför behöver vi koncentrera den här. Vi har ju jobbat med det här under ganska lång tid i Sverige men det har gått för alldeles långsamt.

B intervjuades sedan. Följande sades.

(B) – Det är jättestarka krafter och jag försökte verkligen stoppa det här med arbetsfördelningen i det här länet. [...] och det lyckades inte. Och om det nu kommer ytterligare förslag på kirurgi som ska centraliseras så lär jag inte kunna säga någonting om det heller utan att vi blir överkörda. Våra argument verkar inte vara något man lyssnar till. (Reporter) – Varför är det så? (B) – För att det kanske är väldigt komplext att förstå hur kirurgi hänger ihop för en lekman. De som tar de här besluten är ju inte kirurgerna va. Jag tycker det här kan vara svårt att förklara för kollegor som inte håller på med kirurgi. Och hur ska jag då kunna förklara det för en politiker? Det finns kirurger som inte håller med mig också från storsjukhus, jag vet det, men, det här är min verklighet och det här är min övertygelse. Så här är det för oss.

Programmet den 9 maj 2018

Programmet började med inslag från Västerviks sjukhus och reportern berättade bland annat att sjukhuset tvingats sluta med operationer som de gärna fortsatt med. Läkarna på sjukhuset beskrev svårigheter med rekrytering och sa att läkaryrket är ett skråyrke där man lär från äldre till yngre och om man tar bort något så kan det rasera verksamheten fort. Sedan följde ett antal uttalanden från ledamöter i socialutskottet som alla var överens om att centralisering var bra och som refererade till uppgifter i den aktuella statliga utredningen. Reportern sa att förklaringen till enigheten bland politikerna var den statliga utredningen och att utredaren A kommit fram till att läkare på mindre sjukhus träffar för få patienter och därför presterar sämre.

(A) – Det vi tittade på i första hand var kirurgi där vi hade data tillgängligt och där var det ju att det var uppenbart att på många sjukhus så gjorde man komplicerade operationer i väldigt liten utsträckning och de sjukhus som hade låg volym alltså som gjorde få operationer varje år hade mycket högre dödlighet än de som hade gjort många.

Reportern sa att volym kom att bli ett nyckelbegrepp i A:s utredning och att A menade att om man samlade kirurgin skulle vårdkvaliteten höjas samt att A ville att vanligare canceringrepp och andra ingrepp också ska centraliseras.

(A) – Under utredningens gång så kom vi ju fram till att det är ganska mycket i vården som är komplicerat och som skulle må bra av att koncentreras så det gäller nog inte bara det som vi i allmänhet upplever som den väldigt specialiserade vården.

Sedan sa reportern att A även tror att akutvården behöver koncentreras mera och att A beskrev stora förändringar inom en snar framtid i rapporten till regeringen.

(Reporter) – Du skissar då i det här framtidsscenariet på att kanske ytterligare femton av våra sjukhus kan upphöra att vara akutsjukhus inom en tioårsperiod. Skulle det vara möjligt att genomföra tror du en så snabb förändring? (A) – Nej det kommer säkert att gå långsammare än, än vad jag skisserade i det här framtidsscenariet, det tror jag. Det kommer att finnas motståndshärdar och det finns både professionella och politiska skäl för varför man inte vill genomföra det. Men man borde fundera mer på vad som är bäst för patienten.

Sedan sa socialministern att det kommer att ske en stor omställning och att en enig riksdag hade klubbat igenom lagförändringar. C uttryckte bland annat att det var många bitar i vårdapparaten som behövde ses över men att hon ändå hyste en förhoppning om att en centralisering av vården skulle ge bättre behandlingsresultat. Kirurgerna i Västervik däremot hade svårt att förstå varför förändringarna gjordes över huvud taget och de fruktade att mer och mer kirurgi kunde komma att tas bort från sjukhuset.

(Reporter) – B har förstås hört siffran 500, att mindre sjukhus skördar liv. Men han känner inte igen sig i den beskrivningen. Han har tittat på siffrorna i kvalitetsregistret där man jämför resultat mellan sjukhus och ser inte på vilket sätt han som verksamhetschef skulle vara ansvarig för en massa onödiga dödsfall.

B berättade att Västerviks siffror visade att det går bra för patienterna, ingen hade dött de första 30 dagarna och inte heller de första 90 dagarna. Reportern sa sedan att Västerviks sjukhus hade väl så goda resultat som stora sjukhus som opererar fler.

Sedan intervjuades D, en professor i kirurgi, som också ställde sig frågande till den pågående förändringen. D hade lett en forskargrupp som undersökt om mängden av operationer påverkar resultaten när man behandlar tarmcancer.

(Reporter) – Finns ett samband mellan operationsvolym och kvalitet på svenska sjukhus? (D) – I Sverige så finns det i stort sett bara vår forskning och då finns det

inget stöd för ett sådant samband. (Reporter) – Inga samband mellan volym och kvalitet? (D) – Inga samband mellan volym och kvalitet. Och sedan har vi sett i olika jämförelser att svensk tjocktarms-ändtarmscancersjukvård håller internationellt väldigt god kvalitet. Så att jämför man med siffror från stora internationella centra så är vi väl så bra eller ibland till och med bättre i svensk rutinsjukvård.

Sedan intervjuades E som är professor emeritus i kirurgi. Han var medförfattare till en vetenskaplig översikt om operationsvolym och resultat. E tyckte att A missförstått såväl forskning som hur träning går till inom kirurgi.

(E) – Alla är överens om det, att träning ger färdighet, det är inte det vi diskuterar. Vad vi diskuterar är ju om man kunnat visa med vetenskaplig bra teknik att högre operationsvolym, ger bättre resultat. Men det har varit svårt att visa att, bortsett från att de som gör väldigt få, att de har sämre resultat, vi pratar tre, fyra, fem, sex, ingrepp av ett visst slag om året. Att göra mer än så, att visa att det har någon effekt på resultatet, det har inte varit lätt.

Reportern sa att E var av den uppfattningen att även de mindre sjukhusen i Sverige i allmänhet har den operationsvolym som krävs för att uppnå bra resultat och att han inte såg stöd i forskningen som gav stöd för ytterligare centralisering av svensk kirurgi.

(E) – Dessutom är det nog så att de som gör relativt få av ett visst ingrepp de gör i stället andra ingrepp av liknande art så att deras operativa träning kan fortfarande vara mycket hög.

F, verksamhetschef på Blekingesjukhuset i Karlskrona och ordförande i ett nätverk för chefer inom kirurgin på små och medelstora sjukhus, sa att centraliseringen var omotiverad och baserad på ett underlag som han inte förstod sig på. F sa att han inte ansåg att det fanns data som visar att det finns problem med cancerkirurgin i Sverige, utan problem med tillgänglighet. Reportern berättade sedan att Blekingesjukhuset förlorat delar av cancerkirurgin till större sjukhus. Läkare på sjukhuset talade om att det saknades en kritisk analys och att de gärna ville se underlaget för påståendet att 500 liv per år kunde räddas.

(Reporter) – Kirurgerna och forskarna ser inte de skillnader i kvalitet mellan svenska sjukhus som regeringens utredare slagit larm om. Och jag har svårt att bli klok på vem som har rätt. Vad är det A upptäckt som de andra missat? Vad ryms bakom den ofta citerade siffran 500. Hans uppgift är lite svårtolkad för det förekommer två olika siffror i hans rapport som verkar syfta på ungefär samma sak. Dels står det 500 dödsfall men så står det på ett annat ställe 370 dödsfall. Det är inte helt tydligt vad som är vad.

Sedan visades en intervju med A.

(Reporter) – 370 är siffran och sedan så nämns siffran 500 också i utredningen. Vilket är vilket här nu? (A) – Alltså det vi gjorde beräkningarna på det var kirurgiska operationer och det var 370. Men sedan sa vi då i avslutningsdiskussionen det var att vi tror ju inte att det bara är kirurgin som vinner på koncentration. Vi tror att det gäller psykiatri och internmedicin och många andra specialiteter också. Där finns det tyvärr mycket mindre vetenskapligt stöd men och då sa vi att det är säkert 500. Och det tror

vi är en försiktig skattning kan man säga [...]. (Reporter) – Så 500, [...] bara så att jag, det är mera en uppskattning medan 370 det vet vi med en viss säkerhet? (A) – Viss säkerhet, ja.

Sedan sa reportern att den uppmärksammade siffran 500 onödiga dödsfall var en uppskattning och att siffran som kom fram genom beräkningar var 370 och att det inte heller var helt tydligt hur A kommit fram till den siffran. Reportern ställde sig frågande till hur A gick tillväga i sin undersökning.

Sedan visades ytterligare en intervju med A.

(A) – Vi bad Socialstyrelsen att hjälpa oss med att göra analyser genom att samköra patientregistret som innehåller uppgifter om alla operationer på alla svenska sjukhus. Och samkörde det med dödsorsaksregistret för att se hur många som då dog inom 30 dagar efter operation. Och sedan tog vi också fram en del andra uppgifter för att kontrollera så att det inte berodde på att man var mycket äldre, att det var mer män än kvinnor eller att till exempel att det var planerad akut kirurgi och sådant där så vi kontrollerade för en hel del faktorer i analyserna. Ja, och ja vi var i slutändan var vi ganska övertygade om att vi hade rätt. (Reporter) – Ni var inte det i början då var ni rädda där att? (A) – Nej alltså man vet ju aldrig om man gjort fel i analyserna och man måste kolla upp det på olika ledder, kan det bero på något annat eller något sådant. Men det var för entydiga resultat för att kunna förklara det med något annat.

Reportern sa att A uppfattade att det fanns ett starkt vetenskapligt stöd för centralisering när han startade arbetet med rapporten och att A skrev i rapporten att forskningen är entydig. Men tidigt under arbetet upptäckte A att alla inte höll med om hans tolkning, därför bestämde han sig för att göra en egen undersökning men det stod inte i rapporten vilket underlag A räknat på.

Reportern sa sedan att det var oklart vilka operationer A valt ut och ställde frågan till A vilka ingrepp A gjort beräkningen på. A berättade att beräkningen var gjord på alla sorters operationer utom enklare ingrepp. Reportern sa då att beräkningen alltså ska vara gjord på komplicerad kirurgi, sådana operationer som kan vara aktuella att centralisera. Reportern berättade sedan att han fått tillgång till underlaget för beräkningen och sa att 196 olika behandlingsåtgärder dolde sig bakom olika koder i underlaget samt att det rörde sig om över en miljon vårdinsatser under fyra års tid. Reportern sa att han förväntade sig att hitta avancerad kirurgi bakom de olika koderna men att en av de största posterna hade inte mycket alls att göra med kirurgi, förlossningsvård.

Sedan visades en intervju med A där reportern ställde sig frågande till posten som innehöll 144 000 ingrepp relaterade till förlossningsvård. A sa att han inte riktigt kom ihåg den detaljen och skulle behöva fråga utredningens kirurg.

Sedan sa reportern att han hittade fler koder i underlaget som inte hade med avancerad kirurgi att göra, till exempel vård som inte botar patienter utan lindrar symptom och ger ett så värdigt liv som möjligt i slutskedet av livet. Sedan visades ett inslag från Västerviks sjukhus där en patient med obotlig cancer bytte

en slang i sin lunga. Reportern berättade att det ingreppet är ett tekniskt enkelt ingrepp och att det inte är dessa ingrepp som brukar avses när man talar om högspecialiserad vård. Ändå ingick detta ingrepp i det som A räknat på. Reportern sa att han tyckte det var konstigt och att han därför visat underlaget och beräkningarna för D och E och en expert på medicinsk statistik, G. G sa att metodiken i den statistiska analysen var otydligt beskriven, E ansåg att A hade ett bristfälligt underlag för de slutsatser han har dragit och D sa att han i egenskap av forskare och erfaren remissinstans för statliga utredningar blev misstänksam och tänkte att något inte stämde.

(Reporter) – Kod efter kod i A:s underlag visar sig vara annan vård än vad man kan vänta sig av en beräkning av överlevnaden efter en avancerad kirurgi. En tredjedel av de som sägs dö i onödan hänger ihop med en åtgärd som heter trakeostomi.

Reportern visade underlaget för G och sa att trakeostomi och perkutan trakeostomi var snarlika ingrepp som stod för en tredjedel av effekten. G sa då att det stod för tonvikten av hela resultatet. E sa att trakeostomi är ett ingrepp som görs på väldigt svårt sjuka personer och om de patienterna dör så är det nästan alltid av andra orsaker än trakeostomin.

Reportern sa även att A inte har tagit hänsyn till vad patienterna har för diagnos eller prognos i beräkningen och inte att olika sjukhus kan utföra samma ingrepp på helt olika slags patienter.

(Reporter) – Han säger att det han har räknat på är komplicerad kirurgi och tidigt under arbetet fick han hjälp av en kirurg att välja ut sådana ingrepp ur patientregistret. Men någonstans längs vägen verkar han ha frångått det urvalet. Bland de åtgärder som han har valt att räkna på finns visserligen några exempel på avancerad kirurgi men de ingreppen är uppblandade med en massa annat. Det mesta verkar faktiskt vara helt annan vård än den som nu ska förändras. (E) – Han har tagit med åkommor som görs i slutet på livet som har hög dödlighet och han blandar det med ingrepp där det görs stora antal per år men där dödligheten är väldigt, väldigt låg, därför sjukdomen är så ofarlig. Och att använda den typen av data för att visa att ingrepp som görs i stor volym har lägre dödlighet, det är missvisande. (Reporter) – Experterna ställer sig mycket tveksamma till A:s beräkning. Det är högst oklart om man kan dra några slutsatser alls när underlaget är en sådan spretig blandning av skilda åtgärder och olika patientgrupper.

Reportern sa sedan att han också fått veta att A försökt publicera sina resultat i vetenskapliga tidskrifter men blivit refuserad eftersom metoden inte höll tillräckligt vetenskaplig nivå.

(Reporter) – Men trots det är det som om han inte ser något problem med sin uträkning. (A) – Det är klart det finns, det är ju olika ingrepp så de har olika karaktär, det är självklart att det finns en viss osäkerhet [...]. Men för oss så var det ju viktigt att visa att totalt sett finns ett tydligt samband med volym. (Reporter) – Men borde man inte i så fall rensa bort den här typen av ingrepp, där dödligheten knappast har liksom med läkarens skicklighet att göra utan att det snarare beror på att, att det ändå är döende patienter så att säga. (A) – Ja, men alltså å andra sidan så är det ju då, då skulle man ju inte se något samband med volym egentligen. Jag menar om de [...] jag

vet inte om det skulle påverka det totala resultatet egentligen. Och våra beräkningar skulle ju vara, vara ett underlag för riktlinjer alltså att en ja, ungefär, det är bra om man gör minst 50 operationer och det tror vi fortfarande stämmer säkert.

Sedan sa reportern att A sagt sig kunna utläsa att sjukhus som gör komplicerad kirurgi måste komma upp i minst 50 operationer av varje slag varje år för att inte riskera patientsäkerheten. Reportern sa att A mätt vilka som dött inom 30 dagar efter en åtgärd på sjukhus och att det framstod som att patienterna dött på operationsbordet eller som en följd av ingreppet. Tittade man på åtgärderna som A studerat blev bilden en annan. Sedan berättade reportern att mannen som bytte slang i lungan dog 29 dagar efter ingreppet på grund av hans långt gångna cancer och inte på grund av att läkare gjorde svåra saker utan tillräcklig träning. Men som A presenterat sin statistik framstod det som att det var lungdränaget som dödat mannen.

(Reporter) – Jag har pratat med ganska många experter vid det här laget och de säger alla samma sak att, man kan inte blanda vitt skilda patientgrupper och disparata behandlingsmetoder på det här sättet och förvänta sig att få ett resultat som går att dra några slutsatser av. Jag tänker att du som är en erfaren statistiker och jobbat med forskning och registerdata i hela ditt liv, håller du inte alls med om det? (A) – Nej, alltså att det är en stor osäkerhet i våra beräkningar, om det är 360 eller 240, det kan man naturligtvis diskutera. (Reporter) – Eller inga alls? (A) – Nej, det är jag helt övertygad om att det är ganska många och det finns det ingen anledning att tro något annat. Då får man bevisa motsatsen och det är, bara att man tror att det inte har med det att göra räcker ju inte, då får man göra bättre analyser.

Reportern sa sedan bland annat att han intervjuat A flera gånger men ändå inte förstod hur A resonerade kring de ingrepp som han har räknat på.

(Reporter) – Men om det inte är så att säga de ingrepp som, som är aktuella att centralisera utan att titta på andra ingrepp då, är inte det, blir inte det missvisande då? (A) – Nej, alltså jag tror att träning ger färdighet vad man än håller på med, så att generellt är ju min inställning att, att man bör träna tillräckligt mycket för att bli duktig på det man gör. (Reporter) – Men tycker du inte att det är relevant att underlaget som du har räknat på är sådan vård som är på något vis är aktuell att koncentrera? (A) – Nja, alltså det, det vi visar det är ju det att koncentrerar man vården så, så kan man sannolikt rädda många fler liv. Och det är ju bara en uppskattning för att visa storleken på problemet. Sedan får ju de här sakkunniga grupperna ta ställning till. Jag tycker att det är två olika frågor. Alltså vi har tagit fram ett underlag för det första så är det ju så att träning ger färdighet, det tror jag alla håller med om.

Reportern sa därefter bland annat att när A presenterade sina resultat sa han att hundratal människor dog i onödan för att kirurger gjorde alltför komplicerade operationer för sällan. Men att endast 7 procent av de över miljoner vårdinsatser som utredningen räknat på var sådant som de själva klassat som avancerad kirurgi.

(Reporter) – Men att A fått fram sin siffra genom att räkna på annan vård än han säger är inte det enda märkliga. Han har dessutom, upptäcker jag, räknat samma dödsfall flera gånger.

Sedan visades ett klipp från en intervju med A. Reportern målade upp ett scenario där ett trafikolycksoffer kom in till ett sjukhus och senare dör där. Reportern sa att beroende på vilka åtgärder som man gjort så räknas dödsfallet flera gånger. Till exempel om lårbenet var brutet så får det en åtgärds kod för att benet lades till rätta, en ny åtgärds kod skapas för att man sätter in en mörghälska och finns det andra skador på kroppen så uppstod det fler koder.

(Reporter) – Då dör hon, så ser hon i din statistik ut som hon är flera personer som har dött. (A) – Ja, det är en begränsning och det borde vi kanske tydligare ha talat om.

(Reporter) – Så en stor del av dödsfallen i ditt underlag är samma personer som räknas flera gånger? (A) – Nej en stor del [...]. (Reporter) – Hur kan du ge våra beslutsfattare ett underlag som du vet är felaktigt på ett sådant grundläggande sätt?

(A) – Nja, alltså tolkningen alltså, jag vet att vi, det var ju liksom att i och med att åtgärden kan förekomma, vi tittade på olika åtgärder och en patient kan ju ha gjort flera åtgärder flera operationer samtidigt. (Reporter) – Men A, ärligt talat kan man dö mer än en gång? (A) – Nej, självklart inte. (Reporter) – Men tror du att den som hör då siffran 370 eller 500 människoliv förstår att en massa av de dödsfallen är samma person? (A) – Ja, jag kan hålla med om att där borde vi ha varit tydligare med att säga och det, jag tror inte vi fick klart för oss det förrän efter rapporten var publicerad faktiskt.

Därefter visades bilder från riksdagen och reportern sa bland annat att A:s rapport lämnats till regeringen som lade ett förslag till riksdagen och att regeringen och en enig riksdag beslutat att Socialstyrelsen ska snabba på koncentrationen av högspecialiserad vård. Flera politiker talade gott om rapporten och återgav till exempel siffran att 500 människoliv kunde räddas. Reportern sa att ingen verkar ha tagit reda på om uppgifterna i utredningen stämmer. Sedan följde en serie uttalanden från de kritiska experterna som medverkat i programmen. De var alla kritiska till rapporten och hyste farhågor om att den svenska sjukvården kunde påverkas negativt. Sedan sa reportern följande.

De flesta är nog överens om att det är bra att centralisera viss vård. Men storleken på förändringen, och takten, är långtifrån självklar.

Sedan visades ett exempel på en patient som får resa längre nu för att få vård på grund av centraliseringen och ett inslag från Blekingesjukhuset där F sa att de förlorat ingreppet på grund av volym och inte på grund av brist på kvalitet och samt att väntetiderna ökat. Reportern berättade bland annat att landstingspolitikerna baserade beslutet att sjukhuset skulle sluta göra ingreppet på A:s utredning och en föreställning om att en centralisering ger bättre behandlingsresultat. Reportern sa att det inte fanns något stöd för det vare sig i A:s siffror eller i kvalitetsregistrets jämförelser. Sedan uttalade sig ett landstingsråd i Blekinge som bland annat sa att beslutet byggde på volymer, den nationella inriktningen att övning ger färdighet och ett tryck ovanifrån. Sedan sa reportern att A:s utredning fått ett så stort genomslag att folkvalda inte verkar känna att de har något alternativ.

(Reportern) – En utredare skulle räkna överlevnaden vid komplicerade operationer men han räknade människor som inte ens var sjuka utan skulle föda barn och han räknade patienter i livets slutskede, han räknade döda flera gånger och så sa han att 500 liv kunde räddas varje år. Våra beslutsfattare tog de alarmerande siffrorna på stort allvar och började bygga om den svenska sjukvården.

Sedan presenterade reportern det han kommit fram till för socialministern som bland annat sa att hon blev mycket upprörd och att hon förutsatt att siffrorna i rapporten var väl underbyggda. Reportern sa sedan bland annat att ett personligt ansvar vilade på A men att han inte var ensam i arbetat utan hade ett utredningssekretariat och en expertgrupp samt att utredningen gått på remiss innan den blev lag. Socialministern sa sedan att det fanns olika kontrollorgan längs vägen som ska fånga upp sådant här. Reportern ställde sig frågade till varför ingen gjort en kritisk granskning av de uppseendeväckande påståendena och han sa att han inte fått något svar på varför det blev som det blev.

(Reportern) – Men kanske var det från början dömt att misslyckas. Som uppdraget formulerades var det aldrig A:s sak att undersöka hur vården bäst ska organiseras. Hans uppgift var att ta reda på hur man kan öka centraliseringen.

ANMÄLAN

Dokumentären har anmälts av den statliga utredaren A som anser att den var partisk och osaklig. A har lämnat utförlig kritik mot programmen och hänvisningar till bland annat artiklar och forskningsrapporter. A anför bland annat följande.

Programmen var ensidiga

Programmen behandlade utredningen om högspecialiserad vård på ett ensidigt sätt genom att inte ta upp utredningens huvudförslag, att sakkunniggrupper med professions- och patientföreträdare skulle bedöma vad som skulle vara högspecialiserad vård. Det framgick inte heller att ett stort antal professionella och fackliga organisationer med flera ställde sig positiva till utredningens förslag. Vidare tog reportern ställning i frågan genom sina frågor, klippningen av materialet och att endast kritiker till utredningen gavs utrymme.

Programmen redogjorde inte för den samlade forskningen

Det viktigaste underlaget, det vill säga att den samlade forskningen i världen visat tydliga samband mellan volym och resultat fick inget utrymme i programmet. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) tog fram en kunskapsöversikt kring sambanden mellan volym och resultat som visade att det mellan 2011–2014 utförts 19 systematiska översikter, majoriteten inom kirurgi. Samtliga översikter drog slutsatsen att högre sjukhusvolym ger lägre dödlighet. Ingen översikt visade negativa effekter av hög volym. I utredningen redovisades ytterligare ett 70-tal olika studier som visar ett sådant

samband. Reportern fick ett exemplar av utredningen med en mängd referenser som visar det entydiga sambandet.

SVT valde att inte låta andra svenska eller utländska forskare som har gjort studier kring sambanden mellan volym och resultat komma till tals. Inte heller ställdes några frågor till de kritiska kirurgerna kring vilket vetenskapligt underlag de kunde redovisa för sina ställningstaganden. I stället för att redovisa den samlade forskningen redovisades en enskild studie som inte visat samband. Utredningen har också påtalat för *Dokument inifrån* att internationella studier och utredningens egna analyser visat ett så kallat ”dos-responssamband”, det vill säga att ju fler operationer sjukhuset gjorde desto lägre var 30-dagarsdödligheten. Detta var i beräkningarna tydligt vare sig man studerade små, medelstora eller stora sjukhus. Detta är ett viktigt kriterium för att bevisa orsakssamband inom forskningen, men redovisades inte alls.

Utredningen och dess beräkningar misskrediterades

Att ha synpunkter på metodiken och tolkningen är helt i sin ordning, men att påstå att A medvetet fuskat är långt över alla tillåtna gränser. Syftet i de beräkningar och uppskattningar som gjordes i utredningen var att komplettera den vetenskapliga litteraturen med en analys av tänkbara effekter av volym och koncentration generellt och inte att beräkna effekterna av högspecialiserad vård. Utredningen var tydlig med att det ska vara sakkunniggrupper som bedömer vad som ska vara högspecialiserad vård.

Utredningen gjorde en statistisk beräkning av hur många dödsfall inom 30 dagar efter operation som skulle undvikas om 196 kirurgiska åtgärder gjordes i en omfattning av minst 100 ingrepp per år. Den pekade på att 370 dödsfall inom 30 dagar efter operation skulle kunna undvikas. Därefter gjorde utredningen bedömningen att om en koncentration gjordes även inom andra områden än kirurgi, till exempel diagnostik, medicin, psykiatri så var det inte osannolikt att cirka 500 dödsfall skulle kunna undvikas om patientvolymen på sjukhus ökade till minst 100 åtgärder av respektive typ. Det står också tydligt i utredningen att bedömningen 500 fall baserades på såväl genomgången av den vetenskapliga litteraturen som utredningens egna beräkningar.

Vare sig det gäller kirurgi eller andra medicinska områden pekar många vetenskapliga studier på att sjukhus med bäst resultat gör mer än 100 åtgärder av en viss typ per år. I utredningen står bland annat följande.

En rimlig tolkning är därför att vi åtminstone skulle rädda 500 liv per år om sjukhus generellt gjorde cirka 100 åtgärder per år av respektive typ. [...] Det här var en översiktlig analys av sambandet mellan volym och dödlighet inom 30 dagar. Totalt sett finns ett dos-responssamband som indikerar att det tydliga mönster som setts mellan volym och risker i den vetenskapliga litteraturen också gäller i Sverige för kirurgiska ingrepp. Beräkningarna har varit avgränsade till kirurgin och eventuella vinster av

koncentration inom andra delar av hälso- och sjukvården är ej medräknade. Mer analyser skulle behöva göras såväl inom kirurgi som inom andra områden.

Denna beskrivning visar att utredningen tydligt markerat att beräkningarna gjorts på 196 vanliga kirurgiska åtgärder och att beräkningen då stannade på 370 undvikbara dödsfall inom 30 dagar, men att utredningens tolkning är att en utökad analys till andra medicinska områden skulle kunna innebära upp till 500 liv. Att det är en översiktlig analys med osäkerhet i uppgivna uppskattningar framgår liksom vad som var skillnaden mellan uppskattningarna av 500 och 370 liv. *Dokument inifrån* raljerade kring dessa beräkningar och sa att ena gången nämns 500 liv och den andra gången 370 liv trots att de läst rapporten grundligt och visste vad som var skillnaderna mellan beräkningar av kirurgiska åtgärder och en grov uppskattning som avsåg om all vård koncentrerades. Den beräkningen som var fokus för nästan hela det andra programmet var ett komplement till övrigt underlag och som generellt skulle illustrera sambandet mellan volym och 30-dagarsdödlighet. För att illustrera om det fanns ett dos-responssamband valdes åtgärder som var relativt vanliga vilket innebar att inte alla åtgärder som är sällsynta och komplicerade inkluderades.

Dokument inifrån och andra kritiker har fått tillgång till alla åtgärdslistor och alla datakörningar från Socialstyrelsen även metodiken är beskriven i utredningen. De statistiska analyserna gjordes av en erfaren statistiker/registeranalytiker på Socialstyrelsen och i valet av kirurgiska åtgärder medverkade en erfaren kirurg och expert på medicinska åtgärds-koder även denne är utredare på Socialstyrelsen. Från början valde kirurgen ut 396 åtgärder. Många studier kring volym och resultat i den vetenskapliga litteraturen visar att sjukhus som gör mer än 100 operationer per år av en viss typ har de bästa resultaten. För att få med tillförlitliga resultat i alla volymklasser valdes ett tilläggsdirektiv om att åtgärds-koderna skulle vara relativt vanliga, 250 eller fler per år. Därefter återstod 196 vanliga kirurgiska åtgärder. Det innebär att en del komplicerade, men relativt sällsynta åtgärder, inte kom med i analyserna. Men, syftet var att illustrera sjukhusvolymens betydelse och inte att visa konsekvenserna av nationell högspecialiserad vård.

Valet av åtgärder kan diskuteras, men faktum kvarstår att med det urval av åtgärder som utredningen gjort så kvarstår beräkningen om att över 300 dödsfall inom 30 dagar skulle undvikas om alla sjukhus gjorde 100 eller fler åtgärder av respektive typ. Beräkningen bygger på åtgärder med relativt hög volym och inkluderar sannolikt inte alltid det som kommer att bedömas som nationell högspecialiserad vård. Eftersom dessa åtgärder är relativt komplicerade är det sannolikt att effekten skulle ha blivit ännu större om även de inkluderades. Hur man än räknar så kvarstår dock följande resultat av beräkningarna. För de 196 vanliga åtgärder som analyserades under perioden 2010–2013 så skulle antalet dödsfall inom 30 dagar minska med 335 om alla ingrepp gjordes i en omfattning av 100 eller mer. Inget av de argument som framförts i programmet kan ändra

på det resultatet. Några av dessa patienter kan befinna sig i livets slutskede, men likafullt har de avlidit tidigare på sjukhus som gjorde färre av dessa ingrepp. Resultaten beror inte heller på skillnader i ålder, kön, sjukhusvistelse 12 månader före operation (indikator på patientens status), planerad/ej planerad vård och typ av ingrepp. Att som reportern antyda att det kanske inte är någon vinst med koncentration alls är varken sakligt eller opartiskt. A har dock självkritiskt framhållit att man tydligare borde ha angivit att det gällde koncentration av vård i allmänhet och korttidsdödlighet inom 30 dagar. Däremot kan man inte som reportern antydde säga att kanske noll dödsfall kan undvikas. Beräkningarna visar även efter smärre justeringar att det är tal om hundratals liv. Resultaten visar ett tydligt ”Ju mer desto bättre”-samband. Programledaren hade tillgång till data som styrker detta, men dessa betydelsefulla uppgifter utelämnades.

SVT blandar också ihop två helt olika beräkningar när de blandar ihop en förteckning över 77 grupper av avancerade kirurgiska åtgärder och beräkningarna av 196 kirurgiska åtgärder. De 77 grupperna av avancerade kirurgiska åtgärder användes för att se om vården koncentrerats i någon nämnvärd uppfattning mellan år 2000 till 2013 och har inget med beräkningarna om undvikbara dödsfall att göra.

Flera åtgärder vid ett vårdtillfälle

Eftersom det ibland görs fler än en åtgärd vid ett vårdtillfälle (i genomsnitt 1,3 åtgärder per vårdtillfälle) på en patient blir egentligen antal dödsfall en aning överskattat. För att inte överskatta antalet dödsfall gjorde Socialstyrelsen en ny körning där bara vårdtillfället med den högsta dödligheten räknades med. Den nya beräkningen pekade på att 335 dödsfall skulle undvikas om alla sjukhus gjorde mer än 100 åtgärder av respektive typ. Av försiktighetsskäl kan sägas att minst 300 dödsfall skulle undvikas. Sambandet med volym blev till och med ännu starkare efter omräkningen.

Valet av åtgärder kan diskuteras, men faktum kvarstår att med det urval av åtgärder som utredningen gjort så kvarstår beräkningen att över 300 dödsfall inom 30 dagar skulle undvikas om alla sjukhus gjorde 100 eller fler åtgärder av respektive typ. Att mot den bakgrunden påstå att ”döda räknades flera gånger” är alltså djupt felaktigt. Uppgiften är inte heller ett resultat av redaktionens research utan hade redan tidigare tagits fram av Socialstyrelsen.

Förlossningarnas betydelse i uträkningen

Några av de koder som ingick i den översiktliga analysen avsåg vissa kirurgiska ingrepp i samband med förlossning, normalförlossningar ingick inte i beräkningarna, vilket är tvärt emot vad programmet sa. Detta påverkade över huvud taget inte alls resultaten eftersom ytterst få kvinnor dog av kirurgiska ingrepp vid förlossning.

Angående förlossningarnas betydelse i underlaget återkommer missuppfattningen från SVT:s sida att de fyra kirurgiska ingreppen vid förlossning skulle ha med högspecialiserad vård att göra. Eftersom resultaten inte påverkades det minsta, vilket reportern var medveten om, så måste uttalandet ”Människor som inte ens var sjuka, utan skulle föda barn räknades med” bara ses som ett försök att misskreditera urvalet av åtgärder och beräkningarna.

Palliativvårdens betydelse i uträkningen

Ett tredje påstående i *Dokument inifrån* var att vissa enkla åtgärder på personer i livets slutskede räknades med. Det intressanta är att de sjukhus som gjorde få av de ingrepp som *Dokument inifrån* nämnde, till exempel trakeostomier, hade högre 30-dagarsdödlighet än de som gjorde flera. Det finns inte några belägg för att dessa patienter var mer allvarligt sjuka på sjukhus som gör få ingrepp, snarare än det universitetssjukhus som har de svårast sjuka patienterna. Det är inte bara åtgärdens komplexitet som spelar roll för utfallet utan även preoperativa rutiner och omhändertagandet under och efter operation, till exempel intensivvårds-resurser. Det finns därför ingen anledning att exkludera dessa åtgärder som *Dokument inifrån* föreslog.

I programmen rapporterades att beräkningarna inkluderat palliativa ingrepp på döende patienter och som bevis för detta visades ett exempel med en patient med långt framskriden cancer. Det ingreppet ingick inte alls i urvalet av operationstyper. Ytterligare ett exempel på fel för att undergräva förtroendet för utredningen.

Utredningens betydelse för enskilda beslut om centralisering

I inslagen från Västervik uttryckte man sin oro för att inte få operera ändtarmscancer och när det gällde en döende patient i Blekinge var man bekymrad över att inte få ta hand om urinblåsecancer. Som programmen var uppbyggda var det underförstått att dessa beslut påverkades av utredningen om högspecialiserad vård, vilket är helt fel. Underlagen till beslut har tagits av Regionala Cancercentrum (RCC) i samverkan i nationell enighet för såväl urinblåsecancer som ändtarmscancer.

Nivåstrukturerad av cancervården inom ramen för RCC startade betydligt tidigare än utredningen om högspecialiserad vård. Vårdprogrammet för urinblåsecancer togs redan i augusti 2015, det vill säga före utredningen hade lämnat sitt förslag. Slutsatsen är att inga av de två exempel som redovisas kring ändtarms- och urinblåsecancer har påverkats av utredningen kring högspecialiserad vård.

Programmen redogjorde vidare för en cancersjuk patient som fick vänta på operation på grund av väntetid på Lunds universitetssjukhus. Som skäl till

problemet angavs koncentrationen av operationer. Det finns inget belägg för att så är fallet. Ingen har analyserat vad det beror på.

PROGRAMFÖRETAGETS YTTRANDE

Sveriges Television (SVT) anför bland annat att utgångspunkten för *Dokument* *inifrån: Den stora sjukhusstriden* var att uppmärksamma brister i en statlig utredning, sätta in resultatet i dess sammanhang, förklara möjliga konsekvenser, ge utrymme för kritiker samt ge den ansvarige utredaren omfattande möjlighet att bemöta kritiken. Upplägget stämmer väl överens med programföretagets granskande uppdrag. En kritiskt granskande ton är i sig inte något som gör att skildringen strider mot kravet på opartiskhet. Likaså finns det inget krav på att olika parter ska ges lika stort utrymme i en skildring, utan det är parternas viktigaste argument som ska framkomma, vilket SVT anser sker i skildringen. De läkare som uttalade sig kritiskt om förändringen i sjukvården var tillfälliga medverkande, liksom de professorer som forskat i volym och kvalitet.

Utredningens statistiska beräkning hade fått stort genomslag i debatten och använts som ett viktigt argument för att påskynda arbetet med att koncentrera vården. Därigenom hade uppgiften påverkat både riksdagsbeslut och lokala beslut i många av landets landsting.

Ensidighet

Anmälaren anser att programmen beskrev utredningen på ett ensidigt sätt genom att ge stort utrymme åt en enskild studie. SVT anser att beräkningen var av central betydelse både utifrån utredningens slutsatser men också på grund av det genomslag den fick i medierapporteringen och hur den använts av politiker, både på riks- och landstingsnivå. Utredningens beräkning syftade till att uppskatta antalet dödsfall som orsakas av att högspecialiserade behandlingsingrepp utförs på sjukhus som gör färre än 100 av respektive ingrepp per år. Resultatet, 370 onödiga dödsfall inom 30 dagar varje år, avrundades sedan till 500 onödiga dödsfall genom en skönsmässig bedömning av utredaren.

Utredningens uppgift om att 500 människoliv skulle kunna sparas genom en ytterligare koncentration av den högspecialiserade vården har påverkat de politiska besluten både i riksdagen och i landstingen. I riksdagen har samtliga partier ställt sig bakom ökade möjligheter att tvinga landstingen att koncentrera behandling till enstaka sjukhus i Sverige. Som framgick av dokumentären har utredningens beräkningar inneburit att rikspolitikerna känt en ökad press att vidta åtgärder för att begränsa landstingens inflytande och fatta beslut som leder till att koncentrationen av sjukvården går snabbare. I landstingen har utredningen samtidigt fått direkt påverkan på diskussionen inför nya beslut om att koncentrera behandlingsinsatser till enstaka sjukhus inom landstingen eller

regionalt till de större universitetssjukhusen.

Utredningen började påverka besluten redan innan slutrapporten presenterades genom att utredaren deltog i debatten och förordade ökad koncentration. Uppgiften om förlorade människoliv på grund av bristande koncentration fick stor betydelse. Politiker och vårdpersonal som försökt lyfta fram problem och nackdelar med koncentrationen vittnar om ett betydligt kärvare klimat för att få gehör för sina argument.

Anmälaren skriver att det inte gavs tillräckligt utrymme för att visa de positiva remissvaren som gavs på utredningen. SVT anser att den uppgiften i sammanhanget var mindre relevant, då remissinstanserna inte hade tillgång till beräkningsunderlaget som SVT i efterhand fått tillgång till och som ju visar på brister i beräkningen.

Anmälaren anför att det inte framgick att utredningen föreslog att sakkunniggrupper ska ta fram underlag för besluten om koncentration på riksnivå. Det stämmer dock inte. Utredaren nämnde själv detta i dokumentären. SVT vill dock framhålla att sakkunniggrupperna endast påverkar framtida beslut på riksnivå. De beslut som redovisades i programmen (till exempel den vård som flyttats från Västerviks sjukhus och Blekingesjukhuset) påverkas inte av sakkunniggrupperna. Dessa beslut fattas på landstingsnivå.

Programmen gav en bred och nyanserad bild av den verklighet där påståendet om 500 förlorade människoliv radikalt förändrade diskussionsklimatet. Länsdelssjukhuset i Västervik, Länssjukhuset i Karlskrona, Universitetssjukhuset i Linköping, liksom landstingspolitiker i Dalarna och Blekinge, har alla påverkats av utredningen. Det är också viktigt att påpeka att ingen av de medverkande förhåller sig svart-vit till frågan om ökad koncentration. Alla har själva tidigare medverkat till att samordna vårdresurser och förutsätter att liknande beslut kommer att krävas även i framtiden. Programmen är tydliga med dessa nyanser i diskussionen.

Mot denna bakgrund anser SVT att dokumentären inte tog ställning i diskussionen för och emot centralisering av vård. Valet av sjukhus och medverkande var inte selektivt, utan gav tvärtom en god bild av hur utredningens beräkningar påverkat olika typer av sjukhus.

Den samlade forskningen

Professor emeritus E arbetade i flera år med att ta fram en vetenskaplig översikt åt SBU angående volym och resultat. Resultatet publicerades i olika delrapporter under åren 2005 till 2008 och i slutrapporten "Volym och resultat". Av dokumentären framgick utredarens bild av forskningsläget, att det fanns ett starkt stöd i vetenskapliga studier för att centralisering är bra. Av programmet

framgick också att E var kritisk till hur utredaren beskrev forskningsläget. Han anser att utredaren drog alldeles för stora växlar på underlaget. Det kan tilläggas att SBU i dess remissvar på utredningen tillhörde de mer kritiska. SVT vill i sammanhanget påpeka att SBU inte hade tillgång till SVT:s researchmaterial om bristerna i utredningens beräkningar när remissvaret skrevs. Professor D har i flera år lett en forskargrupp som studerat samband mellan operationsvolym och behandlingsresultat vid änd- och tjocktarmscancer. Det framgick tydligt att D inte uttalade sig om alla studier av volym. Det han beskrev var sitt specialområde tarmcancer. Det framgick också att han sa ”i stort sett”, vilket är korrekt eftersom det bara finns ett fåtal andra svenska studier inom området.

Forskningen om sambanden mellan volym och kvalitet inom högspecialiserad vård är komplex. Programmen gör inte anspråk på att ge en komplett bild. Men för att förstå bakgrunden till utredningens egna beräkningar är det väsentligt att förstå att utredaren tidigt insåg att hans bild av ett ”entydigt forskningsläge” inte delades av alla.

SVT har utifrån det anförda inte funnit sakligt stöd för anmälarens påstående om ett entydigt samband mellan volym och resultat inom högspecialiserad vård.

Utredningen och dess beräkningar

I dokumentären beskrevs utredarens redovisning av underlaget. Utredningen har inte publicerat vilka behandlingsåtgärder som ingick i underlaget för beräkningen. Det finns en förteckning över 77 grupper av avancerade kirurgiska åtgärder, sammanlagt 368 stycken, i bilaga fyra av SOU:n. Vid första anblick är det lätt att tro att detta är beräkningsunderlaget. SVT:s granskning visar att endast 19 av dessa 368 avancerade kirurgiska åtgärder ingår i underlaget för beräkningen. Merparten av de 196 åtgärderna i beräkningsunderlaget är alltså andra ingrepp.

Följaktligen stämmer det inte heller när anmälarerna hävdar att det var 396 behandlingsåtgärder som reduceras till 196. Redaktionens research kunde endast finna att 5 procent av de kirurgiska åtgärder som utredningens expert klassat som avancerade finns med i underlaget för beräkningen. I resten av underlaget är många ingrepp tekniskt enkla operationer eller rutinkirurgi. Ingrepp som utredningen inte redovisar vilka de är.

Den offentliga debatten och SVT:s intervjuer visar också att de som tagit del av utredningen trott att beräkningarna gällde högspecialiserad vård.

Av direktiven till utredningen framgår tydligt att den ska utreda högspecialiserad vård. Men sanningen om beräkningsunderlaget framgår inte för den som läser utredningen eller lyssnar på utredaren. Slutsatsen är att ”en koncentration av högspecialiserad vård skulle kunna rädda åtminstone 500 liv per år”. Och när utredaren beskrev underlaget för SVT, så gjorde han heller inga försök att

klargöra att det egentligen till stor del består av material som ligger utanför uppdraget, utan så att man valt ut komplicerade operationer.

Med bakgrund i detta anser SVT att det finns fog för beskrivningen att utredningen inte berättar vilket material som ligger till grund för beräkningarna och resultatet har därför använts på ett sätt som blev missvisande.

Skillnaden mellan 370 och 500 sparade människoliv

I utredningens rapport förekommer två siffror som båda sägs ange hur många liv som kan sparas vid ökad centralisering. Den ena är 500 liv, den andra 370 liv. I programmet fick NN frågan om skillnaden mellan dessa siffror. Skälet till att frågan ställdes var att det i utredningen anges två motstridiga uppgifter. I kapitel åtta uppges att 370 är en uppskattning av hur många dödsfall inom 30 dagar som kan undvikas medan siffran 500 är en uppskattning av hur många som kan undvikas efter 30 dagar.

Uppskattningen att drygt 370 dödsfall per år skulle kunna undvikas om vården koncentrerades så att alla sjukhus gör mer än 100 åtgärder av respektive typ är sannolikt bara en del av vinsterna för patienterna. Riskerna att avlida efter operation kvarstår även efter 30 dagar och många patienter dör inte, men får fler allvarliga komplikationer. I två studier analyserades sambandet mellan volym och dödlighet för pankreascancer respektive lungcancerkirurgi efter såväl 30 som 90 dagar. Även sedan man exkluderat dödsfall före 30 dagar, förblev risken upp till 90-dagar nästan dubbelt så hög för patienter som opererades på lågvolymsjukhus jämfört med högvolymsjukhus. En rimlig tolkning är därför att vi åtminstone skulle rädda 500 liv per år om sjukhus generellt gjorde cirka 100 åtgärder per år av respektive typ.

Men i kapitel 17 står att siffran 500 avser dödsfall inom 30 dagar:

Som vi tidigare redovisat skulle åtminstone 500 dödsfall inom 30 dagar efter operation kunna undvikas årligen om svenska sjukhus skulle göra minst 100 åtgärder av en viss typ per år. Dessa beräkningar är sannolikt en kraftig underskattning av vinsterna för patienterna eftersom riskerna för komplikationer inte är medräknande, liksom att riskerna för patienterna att avlida även efter 30 dagar är större om vården inte koncentreras.

Det är alltså oklart ifall det är 370 som avser dödsfall inom 30 dagar eller 500 som avser dödsfall inom 30 dagar. I programmen gav A en förklaring som inte beskrivs i utredningen: SVT konstaterar att det inte som anmälaren hävdade framgår av rapporten att siffran 500 skulle innehålla andra behandlingar än kirurgiska. Det finns förvisso i rapporttexten ett resonemang om att det kan finnas vinster inom andra delar av hälso- och sjukvården än kirurgin men ingenstans kopplas den till siffran 500, utan beskrivs som en möjlig effekt utöver de 500.

Med bakgrund i ovanstående anser SVT att dokumentären på goda grunder väckte frågan om bakgrunden till siffran 500 dödsfall.

Flera åtgärder vid ett vårdtillfälle

Uppgiften om dubbelräkning är ett resultat av redaktionens research. Som framgick av dokumentären var orsaken till felräkningen att beräkningen gjorts på behandlingsåtgärder istället för individer. Samma individ har därmed kunnat registreras för två eller fler behandlingsåtgärder, och den som avlidit på sjukhus framstår i statistiken som flera dödsfall beroende på hur många olika behandlingsåtgärder vederbörande genomgått. 4 av 10 dödsfall i beräkningsunderlaget är samma person som registrerats mer än en gång. Utredningen har inte redovisat problemet, varken i rapporten eller i den efterföljande debatten.

Uppgiften om att utredaren velat korrigera sin beräkning till 335 har aldrig framförts till SVT. Under den sista intervjun nämnde utredaren ”240” som alternativ siffra vilket framgick av programmet. Under researcharbetet har redaktionen även haft kontakt med den tjänsteman på Socialstyrelsen som genomförde utredningens beräkningar. Ett av dessa samtal ledde till att tjänstemannen presenterade en beräkning där han försökte uppskatta effekten av dubbelräkningarna. Resultatet blev då 325. Det framgick av samtalet att utfallet med största sannolikhet varierar beroende på hur denna uträkning genomförs. De dubbelräknade dödsfallen är dessutom bara ett av flera problem med utredningens beräkningar.

Förlossningarnas betydelse i underlaget

I programmen nämndes fyra av de behandlingsåtgärder i förlossningsvården som ingår i utredningens beräkning: ”Sutur av förlossningsskador” (barnmorskan syr förlossningsskada), ”Cervixdilatation” (barnmorskan eller förlossningsläkaren vidgar livmoderhalsen för att sätta igång förlossningen), ”Amniotomi” (barnmorskan sticker hål på fosterhinnan) och förlossning med sugklocka. Exempelen är relevanta eftersom det förefaller råda bred enighet om att dessa behandlingsåtgärder knappast kan beskrivas som ”högspecialiserad vård” eller ”avancerad kirurgi”. Ändå utgör insatserna inom förlossningsvården den näst största kategorin i underlaget för beräkningarna. Programmen använde inte begreppet ”normalförlossning”.

Palliativvårdens betydelse i uträkningen

När redaktionen fick tillgång till underlaget och därmed möjlighet att redovisa förutsättningarna för beräkningarna för experter på statistik och epidemiologi, fanns en återkommande kritik mot att dra så långtgående slutsatser från ett material med så många olika patientgrupper och behandlingsmetoder. Slutsatsen var att utredningens slutsatser av resultatet var mycket osäkra och att sanningen till och med kunde vara den rakt motsatta.

Som framgår av dokumentären tog beräkningarna inte hänsyn till patienternas diagnos och prognos. En stor del av underlaget var enkla ingrepp som ofta handlar om att ta hand om en sidoeffekt av patientens verkliga problem. En

patient kan behandlas för en diagnos med hög dödlighet och samtidigt få hjälp med enkla ingrepp med låg risk. Om patienten avlider inom 30 dagar efter det enkla ingreppet så framstår det ändå – med denna metod – som det finns ett samband mellan det enkla ingreppet och dödsfallet. Skillnader i sjukdomens allvarlighetsgrad mellan olika patienter får avgörande betydelse för resultatet, det är något man behöver justera för i beräkningen men så har inte skett.

Av redaktionens research framgår till exempel att en tredjedel av dödsfallen som utredningen beskriver som onödiga ska ha orsakats inom åtgärdskoderna för trakeostomier (att skapa fria luftvägar genom öppning i halsen). En av de absolut största konsekvenserna av den bristande centraliseringen skulle alltså orsakas av behandlingsåtgärder som experter på området beskriver som enkla och med mycket låg risk, men där dödligheten inom 30 dagar är hög eftersom dessa många gånger görs på patienter som inte går att rädda. I samarbete med intensivvårdsregistret har redaktionen tittat närmare på trakeostomierna och funnit att alla signifikanta skillnader i dödlighet mellan sjukhus försvinner när man tar hänsyn till orsaken till att patienten skrevs in och patientens tillstånd vid inskrivningstillfället. Konsekvenserna av trakeostomierna verkar alltså vara kraftigt överdrivna i utredningen. Osäkerheten i utredningens slutsatser förstärks ytterligare av att inga skillnader i dödlighet kvarstår mellan sjukhus som gör mer än 9 operationer per år ifall man tar bort trakeostomierna och ytterligare 12 av de 196 behandlingsåtgärderna ur underlaget.

I programmen förekom en annan behandlingsåtgärd som också beskrivs som enkel och med mycket låg dödlighet: Inläggande av toraxdränage. Anmälaren anför att denna åtgärd ”knappast utförs på döende patienter” och att det dränageinlägg som visades i programmet inte har åtgärds-koden GAA10 utan TGA35. Det framgår dock av den medverkande patientens journal att hans dränageinlägg kodats GAA10 (och inte TGA35).

Anmälaren anför också att SVT borde ha redovisat att beräkningarna visar på ”ett tydligt ’ju mer desto bättre’-samband”. SVT menar att det tydligt framgick av dokumentären att utredaren ansåg att beräkningarna gav stöd för en sådan slutsats. Men det framgick också av programmen att det fanns anledning att ifrågasätta utredningens beräkningar och därmed även att det fanns ”ett tydligt ’ju mer desto bättre’-samband”. I programmen fick utredaren goda möjligheter att ge sin bild av underlaget.

Sammanfattningsvis anser SVT att den kritik som beskrivs mot underlaget för beräkningarna och de frågor som ställs till utredaren är väl befogade. A får även möjlighet att besvara kritiken.

Utredningens betydelse för enskilda beslut om centralisering

Det var F som i programmen sa att koncentrationen av operationer av cancer i urinblåsan till Skånes universitets-sjukhus i Malmö har lett till längre väntetider

för patienterna. SVT dubbelkollade verksamhetschefens uppgift med Skånes universitetssjukhus. Tillgänglig statistik ger också stöd för F:s uttalande. Vad gäller besluten att flytta ändtarmsoperationer från Västervik och urinblåseoperationerna från Blekingssjukhuset anför SVT följande. A:s utredning publicerades i november 2015. Landstingsstyrelsen i Kalmar tog beslut om att Västervik skulle upphöra med ändtarmsoperationer den 26 mars 2016. Landstinget i Blekinge tog beslut om att flytta urinblåseoperationerna från Blekingssjukhuset 4 maj 2016. Ett flertal läkare och politiker vittnade i dokumentären om utredningens betydelse för besluten. SVT vill understryka att nästintill all vårdpersonal och alla landstingspolitiker som redaktionen var i kontakt med under arbetet med programmen hade själva deltagit i processer och beslut som inneburit att vård koncentrerats. Den återkommande beskrivningen är att det alltid handlar om komplexa beslutsprocesser där olika fördelar och nackdelar vägs samman. Fördelar med att kirurger får mer träning måste till exempel vägas mot konsekvenser i akutsjukvården och risken för förlängda väntetider. Kritiken mot utredningen handlar framförallt om att man plötsligt ställts inför en statlig utredning som hävdar att frånvaron av koncentration kostar 100-tals människoliv. Genomslagskraften i detta argument har upplevts som svår att försvara sig emot även på sjukhus med goda resultat.

ANMÄLARENS KOMMENTAR

A har inkommit med utförliga invändningar mot SVT:s yttrande och hänvisningar till artiklar och texter. Anmälaren har bland annat uppgett följande i sin kommentar.

Utredningen och dess beräkningar

Resultaten av beräkningarna med urvalet av 196 kirurgiska åtgärder visar att hundratals liv inom 30 dagar skulle räddas om alla sjukhus gjorde 100 eller fler åtgärder av respektive typ. Några av dessa kommer att avlida senare, men inom den tidsperiod som studien gjorts så kvarstår resultaten med tydligt volymsamband. Både åtgärdens komplexitet och omhändertagandet före, under och efter operation, till exempel intensivvårdsresurser påverkar riskerna. Det finns därför ingen anledning att exkludera dessa åtgärder.

SVT påstår att beräkningarna inte tagit hänsyn till patienternas diagnos, prognos och att sjukdomens allvarlighetsgrad är av avgörande betydelse för resultatet. I utredningen framgår tydligt att de statistiska beräkningarna har tagit hänsyn till flera faktorer som har med allvarlighetsgrad att göra. Vidare har analysen kontrollerat för typ av åtgärd vilket innebär att resultaten inte beror på att åtgärdens svårighet kan påverka resultaten. Analyserna kontrollerade också för om ingreppet var planerat eller akut. Utredningen har inte kontrollerat för diagnos, men på fem andra bakomliggande faktorer som har med allvarlighetsgrad och prognos att göra och som kan påverka resultaten.

Redan i anmälan förklarades skillnaden mellan beräkningarna (370 eller 335 räddade liv) och beräkningen av 500 liv. SVT skriver att utredningen anger två motstridiga skäl till dessa siffror. Det stämmer inte. Utredningen anger två kompletterande skäl. Det ena skälet är att flera studier visat att överriskerna att avlida efter operation kvarstår även efter 30 dagar och att det kan peka på en underskattning av antalet liv som kan räddas vid höga volymer. Det andra kompletterande skälet det vill säga att beräkningen enbart avsåg kirurgi, men att flera studier visat att träning ger färdighet även inom andra specialiteter som till exempel internmedicin. Sammantaget är utredningens bedömning att 500 liv skulle kunna räddas med en koncentration högst sannolika och en relevant uppskattning.

Palliativvårdens betydelse i uträkningen

Angående den inläggning av toraxdränage som visades i programmet så är det en perkutan inläggning av toraxdränage, vars kod inte ingick i utredningen eftersom den finns i det exkluderade KVÅ-kapitlet ”Mindre kirurgiska ingrepp”. Åtgärden som visades i programmet har således inget alls med utredningen att göra och att då påstå att utredningen inkluderar ingrepp på döende patienter var felaktigt.

Utredningens betydelse för enskilda beslut om centralisering

Att riksdagen bara tog beslut om nationell högspecialiserad vård kan inte utredningen lastas för.

Programmen bröt mot kravet opartiskhet genom att presentera en obevisad hypotes om att ökande vårddöer berodde på koncentration av operationer. Att SVT dubbelkollade att medianväntetiden ökat betvivlar A inte, men det har ingen relevans för att det skulle bero på koncentration av vården.

Den samlade forskningen

Bedömningen i D:s enstaka studie kring kolrektalcancer i Sverige delas inte av alla andra kollegor inom kolonrektalkirurgin. Det finns andra studier som visar att högre volym ger bättre resultat. Dessa studier pekar på att minimivåerna för radikal prostatektomi bör vara betydligt högre än vad D anförde i programmen.

SVT:S TILLÄGGSYTTRANDE

SVT vidhåller det som anförts i det ursprungliga yttrandet och anför bland annat följande.

SVT framhåller att programmen granskade en central slutsats i regeringens utredning (SOU 2015:98) om den högspecialiserade vården – att 500 människor varje år dör för att avancerade operationer är utspridda på för många sjukhus. Programmen visade på allvarliga fel i dessa beräkningar och att utredningen dessutom gav en missvisande bild av vad beräkningen beskrev.

Utredningen och dess beräkningar

Kritiken mot beräkningarna bygger på redaktionens egen research. I denna research har redaktionen tagit hjälp av ett stort antal experter på statistik och epidemiologi, liksom specialister inom en lång rad av de diagnoser som statistiken omfattar. Men programmen återgav inte experternas åsikter, utan vilade på ett väl underbyggt faktamaterial. Beräkningarna är, som anmälaren påpekar, komplicerade och kräver delvis en terminologi som är svår att överföra till vardagligt tal. SVT vill därför tydliggöra att det underlag som anmälaren hittills inkommit med inte påvisat några brister eller fel i redaktionens underlag eller i hur underlaget beskrivits i programmen. SVT anser att redaktionen har påvisat brister både i urvalet av de ingrepp som undersöks och i den metod som används. Det har betydelse för att förstå varför beräkningarna varken ger tillräckligt underlag för att fatta beslut om den högspecialiserade vård som var utredningens uppdrag eller dra säkra slutsatser om riskerna i resten av vården.

När det gäller urvalet så hävdar A nu att det ”gjordes för att belysa samband mellan volym och 30-dagarsdödlighet upp till 100 procedurer per år och inte specifikt för att bedöma sambandet med högspecialiserad vård”. SVT menar att detta är en efterhandskonstruktion. Utredningens uppdrag var att utreda högspecialiserad vård och beräkningen användes för att föreslå åtgärder inom just högspecialiserad vård. Detta framgår av både utredningens rapport och hur anmälaren tidigare beskrivit dess resultat. I utredningens sammanfattning skriver utredaren till exempel: ”I detta betänkande presenterar vi också ny statistik som visar på att hundratals liv kan räddas varje år om den högspecialiserade vården koncentreras.”

Anmälaren menar vidare att SVT i analysen av urvalet ”blandar ihop en förteckning över 77 grupper av avancerade kirurgiska åtgärder och beräkningarna av 196 kirurgiska åtgärder”. SVT anför att programmen snarare tydliggör skillnaden. Det kan tilläggas att anmälaren så sent som i den sista intervjun själv trodde att förteckningen av de 77 grupperna beskrev urvalet för beräkningarna. SVT:s reporter var tvungen att upplysa honom om motsatsen. De 77 grupperna stämmer med utredningens uppdrag och är nog beskrivet i utredningens rapport. Urvalet för beräkningarna, de 196 åtgärderna, avviker kraftigt från utredningens uppdrag och finns inte listade i rapporten. Det är relevant att jämföra hur utredningens egen bedömning av vad som utgör högspecialiserad vård överensstämmer med urvalet för beräkningen som utredningen menar ska rädda liv inom just denna vård.

Förlossningarnas betydelse i uträkningen

Det framgick av programmen att ingreppen i samband med förlossning nämndes som exempel på vård som inte kan anses vara högspecialiserad vård. Det är därför ett exempel på hur utredningen – utan att tydligt berätta detta för den som läser rapporten – blandar vitt skilda ingrepp i urvalet.

Palliativvårdens betydelse i utredningen

Redaktionens research visar att trakeostomierna står för en tredjedel av de dödsfall som utredningen påstår skulle kunna undvikas. Här har utredningen – återigen utan att berätta det för den som läser rapporten – inkluderat ingrepp som görs på döende patienter och fått det att framstå som att det var ingreppet som orsakade patientens död. SVT vill i sammanhanget påminna om att redaktionen i samarbete med intensivvårdsregistret (kvalitetsregister för intensivvården) har tittat närmare på trakeostomierna och funnit att alla signifikanta skillnader i dödlighet mellan sjukhus försvinner när man tar hänsyn till orsaken till att patienten skrevs in och patientens tillstånd vid inskrivningstillfället.

Flera åtgärder vid ett vårdtillfälle

Som framgick av programmen sa anmälaren i intervjun: ”Jag tror inte att vi fick klart för oss det förrän efter rapporten var publicerad faktiskt.” Redaktionen konstaterar att varken anmälaren eller någon annan i utredningen offentligt tidigare berättat om problemet med dubbelräknade dödsfall. När redaktionen först frågade utredningens kirurg om de dubbelräknade dödsfallen så svarade han: ”Självklart är det inte så att ”samma patient förvandlas till två dödsfall”. Man kan bara dö en gång och [utredningens statistiker], försäkrade att ett vårdtillfälle också bara räknas en enda gång.”

När redaktionen sedan fick ett klagande från utredningens statistiker så skrev denne:

Tyvärr tror jag att [utredningens kirurg] har missförstått detta. Ett vårdtillfälle kan finnas med flera gånger om det gjordes flera operationer vid detta tillfälle. Detta kan innebära ex vis 2 fatala eller 2 icke-fatala operationer för ett vårdtillfälle.

Anmälaren framhåller också ”att de statistiska beräkningarna har tagit hänsyn till flera faktorer som har med allvarlighetsgrad att göra. De två första är ålder och kön.” SVT anför att det framgick av programmen att anmälaren anser att han genom att ta hänsyn till dessa faktorer använde en tillräcklig metod för att vara säker kring utredningens slutsatser.

SVT anser att den kritik som i programmen framfördes mot metoden var relevant och viktig för att förstå problemen med att dra så långtgående slutsatser som A valt att göra. För att kunna dra slutsatser av en statistisk beräkning av det här slaget är det avgörande om tillräckliga justeringar gjorts för andra faktorer som kan påverka resultatet. Redaktionen har i arbetet konsulterat flera statistiker och epidemiologer som alla uttryckt misstanke om att de justeringar som A gjort är otillräckliga. Det var skälet till att redaktionen gjorde egna kontrollberäkningar, och det är just vad dessa kontrollberäkningar visar. Frånvaron av uppgifter om diagnos och prognos tillhör de allvarligaste bristerna som beskrivs i programmen.

Problemen med metoden åskådliggjordes genom exemplet med trakeostomierna som alltså utgjorde en tredjedel av de påstått onödiga dödsfallen. När redaktionen talade med en expert på trakeostomier så uppskattade han att dödsfall som var direkt kopplade till trakeostomier var extremt ovanliga, i snitt färre än ett fall per år. Ändå är det mycket vanligt med dödsfall inom 30 dagar efter en trakeostomi eftersom det är ett ingrepp som utförs på mycket svårt sjuka patienter. Så fanns det ens något fall där en person avlidit på grund av en oskickligt genomförd trakeostomi eller berodde samtliga dödsfall på att patienten var så svårt sjuk att livet inte gick att rädda? För att besvara den frågan hade utredningen enligt en statistiker på intensivvårdsregistret till exempel behövt ta hänsyn till sjukdomens svårighetsgrad hos de olika patienterna, huvudorsaken till att trakeostomi utförs och eventuell förekomst av behandlingsbegränsning (beslut att avbryta behandlingen för en person i livets slutskede). Men utredningen justerade inte för dessa faktorer i beräkningen. Liknande metodproblem återkommer även bland resten av de åtgärder som gjorde att resultatet av utredningens beräkning såg ut att visa på hundratals onödiga dödsfall. Denna kritik mot utredningens metod återkommer bland de experter på statistik och epidemiologi som redaktionen har konsulterat under researchen.

Sammanfattningsvis så visar redaktionens research att utredningens statistiska analys varken ger en bild av onödiga dödsfall inom högspecialiserad vård eller en tillförlitlig bild av onödiga dödsfall inom någon annan vård. Utredningens beräkningar brister därför både i urval och metod. Denna kritik har anmälaren fått rikliga möjligheter att bemöta i programmen.

ANMÄLARENS KOMMENTAR PÅ SVT:S TILLÄGGSYTTRANDE

Anmälaren har inkommit med en kommentar och hänvisningar till artiklar och texter. Anmälaren har bland annat uppgett följande.

Syftet i kapitlet om sambandet mellan volym och kvalitet var att belysa samband mellan volym och 30-dagarsdödlighet upp till 100 procedurer per år, inte specifikt att bedöma sambandet med högspecialiserad vård. Vilka åtgärder som skulle anses vara högspecialiserad vård ansåg utredningen att sakkunniggrupper skulle bedöma. SVT anför att detta är en efterhandskonstruktion. Det är svårt att se hur det kan vara en efterhandskonstruktion när det i utredningen står följande.

Det här var en översiktlig analys av sambandet mellan volym och dödlighet inom 30-dagar [...]. Beräkningarna har varit avgränsade till kirurgin och eventuella vinster av koncentration inom andra delar av hälso- och sjukvården är ej medräknade.

Senare på samma sida skriver utredningen:

Studier av volym rör såväl åtgärder som kommer att definieras som högspecialiserad vård som övrig specialiserad vård. Resultaten pekar på att koncentrationen är bra både för sällan och relativt vanliga behandlingsmetoder.

Trakeostomier kan för det första mycket väl vara en åtgärd som görs som en följd av komplikationer efter andra ingrepp som görs vid vårdtillfället. Det är då relevant att ta med trakeostomier. Studier visar också att kringresurser och förmågan att rädda patienter när komplikationer inträffar är betydligt sämre på lågvolymsjukhus. Det är sannolikt en bidragande orsak till att studien visade att patienter som genomgår trakeostomier oftare dör inom 30 dagar på sjukhus med låga volymer. Både åtgärdens komplexitet och omhändertagandet före, under och efter operation, till exempel intensivvårdsplatser påverkar riskerna. Riskerna på sjukhus med låga volymer visade sig vara betydligt högre och att exkludera dessa åtgärder är därför ett sätt att mörka de verkliga problemen på sjukhus med låga volymer.

Den internationella vetenskapliga litteraturen visar oftast att lägre volymer har överrisker i storleksordningen 50 procent medan utredningens beräkningar visar överrisker i storleksordningen 25 procent. Två tänkbara slutsatser kan dras av dessa resultat. Det ena är att svensk kirurgi håller hög kvalitet. Den andra slutsatsen är att om de internationella överriskerna tillämpades på svenska sjukhusvolymer så skulle man få betydligt fler undvikbara dödsfall än de drygt 300 som utredningen kom fram till.

SVT:S ANDRA TILLÄGGSYTTRANDE

SVT har getts möjlighet att yttra sig över anmälarens kommentarer på tidigare avgivet tilläggsyttrande. I huvudsak hänvisar SVT till tidigare avgivna yttranden och anför bland annat följande.

SVT vill understryka att de allvarliga brister i utredningens beräkningar som beskrevs i programmen är resultatet av en redaktionell process där varje påstående är noggrant kontrollerat och kvalitetssäkrat.

A vill nu med ett citat från utredningen belägga att beräkningarna inte var ämnade att beskriva sambandet mellan volym och kvalitet inom högspecialiserad vård. SVT anför att även om ordet saknas i just denna formulering, så visar en lång rad andra formuleringar att utredningen påstår att beräkningarna gäller högspecialiserad vård. Utredningen skriver till exempel att ”en koncentration av högspecialiserad vård skulle kunna rädda åtminstone 500 liv per år”. Detta bekräftas också av hur anmälaren tidigare kommunicerat utredningens innehåll, liksom av hur mottagarna av utredningen uppfattat resultatet.

Anmälaren resonerar också kring exemplet ”trakeostomier” och skriver att lågvolymsjukhus kan ha sämre kringresurser. SVT vill påminna om att det i

vårddebatten ofta framförs faktorer som kan verka i motsatt riktning, till exempel att större enheter har mer omfattande problem med sjuksköterskebrist, större personalomsättning och längre köer. Problemet som beskrivs i programmen är att utredningens beräkningar har så stora urvals- och metodproblem att resultatet inte ger ett tillförlitligt svar kring hur dessa faktorer påverkar vårdkvalitén.

Anmälaren skriver också att patienter ”oftare dör inom 30 dagar på sjukhus med låga volymer” och att man inte kunde ”mörka de verkliga problemen på sjukhus med låga volymer”, vilket enligt SVT:s mening kan ge intrycket av att överdödligheten på lågvolymsjukhus är ett faktum och att hela diskussionen handlar om orsakerna. SVT vill därför understryka att samtliga de siffror som anmälaren nämner är resultatet av utredningens beräkningar och antaganden. Poängen med den kritik som framförs i programmen är att beräkningarnas brister är så omfattande att siffrorna med största sannolikhet är felaktiga.

AKTUELLA BESTÄMMELSER

SVT ska utöva sändningsrätten opartiskt och sakligt samt med beaktande av att en vidsträckt yttrande- och informationsfrihet ska råda i televisionen (13 § i sändningstillståndet). Kravet på opartiskhet innebär enligt granskningsnämndens praxis bland annat att kontroversiella ämnen eller händelser inte får behandlas ensidigt, det vill säga så att endast en parts version eller synpunkter klart dominerar ett program eller inslag. Det är tillåtet att skildra ett ämne från en speciell utgångspunkt, men i så fall bör detta klart framgå av programmet eller programpresentationen.

Kravet på opartiskhet innebär enligt granskningsnämndens praxis att om allvarlig kritik riktas mot en klart utpekad part ska den kritiserade få bemöta eller kommentera kritiken. Som regel ska detta ske i samma program eller inslag. Kravet på opartiskhet tillämpas enligt nämndens praxis i princip fullt ut på programledare, reportrar och andra som genom sin ställning i ett program kan uppfattas som företrädare för programföretaget. Bestämmelsen innebär bland annat att en programledare eller reporter inte får göra värderande uttalanden eller ta ställning i kontroversiella frågor.

Kravet på saklighet innebär främst att uppgifter som är av betydelse för framställningen ska vara korrekta och att framställningen inte får vara vilseledande, till exempel genom att väsentliga uppgifter utelämnas.

Av betydelse för bedömningen är också bestämmelsen om att SVT ska stimulera till debatt, kommentera och belysa händelser och skeenden samt granska myndigheter, organisationer och företag som har inflytande på beslut som rör medborgarna (8 § i sändningstillståndet). Dessa skyldigheter innebär enligt

granskningsnämndens praxis att ett program eller inslag kan ha en kritisk infallsvinkel utan att strida mot kravet på opartiskhet.

GRANSKNINGSNÄMNDENS BEDÖMNING

Framställning och utgångspunkt för programmen

Vad granskningsnämnden har att pröva är om SVT visat grund för framställningen i programmen och i övrigt utövat sändningsrätten opartiskt och sakligt sett till de förhållanden som rådde vid tidpunkten för sändning. Delar av anmälarens kritik och argument är riktad mot argument och påståenden som SVT fört fram i sina yttranden i ärendet. Nämndens bedömning begränsas till de uppgifter och förhållanden som skildrades i programmen.

Utgångspunkten för programmen var att granska en statlig utredning och dess betydelse för centraliseringen av högspecialiserad vård. Programmen hade en kritisk infallsvinkel bland annat gentemot vissa beräkningar i den aktuella utredningen. Enligt nämndens mening ligger granskande program av detta slag väl i linje med SVT:s granskningsskyldighet. Det förhållandet att de hade en kritisk infallsvinkel medför därför inte i sig att programmen strider mot kravet på opartiskhet.

Den samlade forskningen

Anmälaren anför sammanfattningsvis att det inte i tillräcklig grad framkom i programmen att den samlade forskningen visat samband mellan volym och resultat. Anmälaren har också framhållit att inga andra än han själv som var positiva till utredningen medverkade. Enligt nämndens bedömning framgick det dock i programmen att de flesta är överens om att det finns ett samband mellan volym och resultat och att viss centralisering är nödvändig. Nämnden anser även att den kritik som framfördes mot utredningen fick bemötas i tillräcklig grad av A. Vad avser medverkande experter, läkare och patienter konstaterar nämnden att samtliga var tillfälligt medverkande för vilka kraven på opartiskhet och saklighet kan ställas lägre än på företrädare för SVT. Mot den bakgrunden medför anmälarens invändningar inte att programmen strider mot kraven på opartiskhet och saklighet i denna del.

Beräkningarna

Anmälaren anför att beräkningarna i utredningen avsåg volym och koncentration generellt, inte högspecialiserad vård vilket gjordes gällande i programmet. Såvitt framgår av handlingarna i ärendet är utredningen inte helt tydlig i detta avseende. SVT har dock visat grund för att beräkningarna har fått stort genomslag i den politiska debatten i relation till högspecialiserad vård. Vidare anser nämnden att SVT visat grund för de ifrågasättanden av beräkningarna som gjordes i programmen. Därtill medverkade A och fick möjlighet att ge sin syn på bland annat metod och urval liksom säkerheten i resultaten. Mot den bakgrunden

anser nämnden att programmen inte strider mot kravet på saklighet vad beträffar beskrivningarna av beräkningarna.

Övrigt

Vad anmälaren i övrigt anfört bland annat gällande utredningens betydelse för enskilda beslut om centralisering och konsekvenser för patienter medför inte att programmen strider mot kraven på opartiskhet och saklighet.

Detta beslut har fattats av Dag Mattsson, Ulrika Hansson (skiljaktig), Clas Barkman, Bo-Erik Gyberg, Gunnar Springfeldt (skiljaktig), Ulrik von Essen och Kristina Åberg efter föredragning av Karin Lundin.

På granskningsnämndens vägnar

Dag Mattsson

Karin Lundin

SKILJAKTIG MENING

Ledamöterna Ulrika Hansson och Gunnar Springfeldt är skiljaktiga. De anser i likhet med majoriteten att programmen ska frias men de anser att nämnden borde framhålla att programmen blev onödigt obalanserade genom att inte tillräckligt tydligt redovisa det allmänna forskningsläget, vilket utredningen till stor del lutade sig mot.

Originalhandlingen med namnunderskrifter förvaras hos myndigheten.