Lille speil på veggen der, hvem er vakrest i landet her?

Helseminister Dagfinn Høybråten ble i begynnelsen av august intervjuet om kvalitetsvurdering av sykehus i Norge. Utgangspunktet var en reportasje i The Times om resultatene fra en rangering av engelske sykehus i 2001 (1, 2). Det er nylig utarbeidet et tilsvarende opplegg også for norske sykehus, og befolkningen vil fra 2004 kunne velge sykehus ut fra kvalitetskriterier (3). Planer om å innføre et slikt system her i landet bør føre til diskusjon i våre fagmiljøer. Av mange grunner er det viktig at legestandens synspunkter blir mer synlige for Sosial- og helsedirektoratet, som leder dette arbeidet (4).

Denne saken reiser tre viktige spørsmål. Hvor hensiktsmessig er det å innføre et sett med parametere som mål for kvalitet ved et sykehus? Hvilke parametere skal eventuelt brukes? Skal sykehus rangeres?

Svaret på det første spørsmålet er langt på vei en helsepolitisk sak. Det er kommet signaler fra både det politiske miljø og fra mediene om at de ønsker større innsyn i sykehusenes resultater. Mange leger opplever nå at pasienter og pårørende stiller direkte spørsmål som: «Hvor mange har dere behandlet siste år med denne (min) sykdom, og hvordan er resultatene av slik behandling på dette sykehuset?» Denne type spørsmål står helt sentralt i diskusjonen omkring kvalitet og valg av sykehus og vil trolig føre til en mer åpen holdning når det gjelder konkrete behandlingsresultater eller mangel på sådanne. Mange leger vil bli svar skyldig, i alle fall vil det være vanskelig å tallfeste resultatene. De fleste vil kunne gi et kvalitativt svar, men det er lite trolig at vi i fremtiden vil slippe unna med svar som «Vi har behandlet ganske mange med gode resultater».

Vi trenger pålitelige resultatorienterte data for å kunne gi gode svar på slike viktige spørsmål. Dette gjelder både primærlegen som skal gi råd om behandling og valg av sykehus/avdeling og sykehuslegen på poliklinikken i møte med pasienten. Dette betyr at resultatene fra det lokale behandlingstilbudet må være tilgjengelige, og derved langt på vei åpne og offentlige.

Hvilke parametere skal vi så ta i bruk for å måle kvaliteten på våre sykehus? Det er enighet om at tilgjengelige data i dag bare sier noe om sykehusets evne til å sende pasienter gjennom systemet. Ventetider, liggetider og antall operative inngrep blir konkrete uttrykk for dette. I utgangspunktet kan det synes som at kort ventetid og rask behandling (kort liggetid) er et kvalitetsstempel, men det stemmer ikke alltid. Vi trenger helt andre kvalitative parametere, og her er vi kommet kort.

Oppfatninger av sykehuskvalitet er ulike og avhengig av ståstedet. Derfor blir det ofte stor forskjell på det politikere, administratorer, helsepersonell og pasienter legger i begrepet kvalitet. De fleste leger vil mene at kvaliteten på det arbeidet som utføres (diagnostisk og/eller terapeutisk) er det viktigste. Trolig er dette også det mest sentrale sett fra pasientenes ståsted. Men slik kvalitet kan ofte være vanskelig å måle. I fravær av enkle, lett definerbare kvalitetsmål på det medisinske arbeidet dukker det opp alternative indikatorer som mål på kvalitet ved sykehus. Det kan være ventetid i akuttmottak, antall korridorpasienter, ventetid på akutte operasjoner, enerom, «hotellstandard» på sykehuset, feilmedisinering og forekomst av nosokomiale infeksjoner (5). Noen har også brukt internasjonale standarder (ISO 9001) som mål på kvalitet ved sykehuset (6). Det er ingen tvil om at dette også sier noe om kvaliteten på behandlingstilbudet, men de er og blir surrogatparametere. Faren er til stede for at vi får et sett med kvalitetsindikatorer for norske sykehus som i liten eller ingen grad sier noe om kvaliteten på selve behandlingen.

Det er lagt ned et stort arbeid i ulike nasjonale kvalitetsregistre (5, 7). Til nå er disse stort sett blitt drevet av entusiaster med utgangspunkt i en spesialforening. Den offentlige støtten har vært ubetydelig, og deltakelsen har vært frivillig. Flere kvalitetsregistre står i fare for å tørke ut hvis ingen sørger for videre drift. Disse registrene har vist at det er mulig å samle seg om indikatorer på kvalitet i behandlingen av en rekke sykdommer og skader der deltakende avdelinger registrerer dette likt.

Det ligger en stor utfordring for våre fagmiljøer i å finne enkle, lett definerbare og reproduserbare parametere på kvalitet i diagnostikk og behandling ved sykehusene. Disse er sentrale elementer når sykehusene skal kvalitetsvurderes. Det å bruke ett felles sett kvalitetsindikatorer på hele sykehuset kan da vise seg å være lite hensiktsmessig, og kvalitetsmål på den enkelte avdeling blir det viktigste.

Vi kan trolig ikke unngå at sykehus og sykehusavdelinger vil kunne rangeres på ulike måter. Det viktigste er at en slik sammenlikning kan føre til at avdelinger som åpenbart ligger under gjennomsnittet (eksempelvis målt som et snitt av resultatene ved tilsvarende nasjonale avdelinger), kan bruke dette i sin interne kvalitetsforbedring. Slike tiltak kan være enkle (8).

Hans Flaatten
Intensivseksjonen
Haukeland Universitetssykehus
5021 Bergen

Litteratur

1. NHS Performance ratings. 2001/2. Department of health, UK. www.doh.gov.uk/performanceratings/2002/nhsratings.pdf
2. Fosseng HP. Britiske sykehus får karakter. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3006.
3. Hafstad A. Velg og vrak sykehus. Aftenposten (morgenutgave) 2.8.2002.
4. Nesje SB. Vil rangere sykehus etter kvalitet. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 336.
5. Aarseth HP. Kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2444.
6. Arntzen E. Kongsvinger sjukehus HF med ISO-sertifikat. Helse Medisin Teknikk 2002, nr. 3, 22–4.
7. Flaatten H. Det endimensjonale kvalitetsbegrep. Dagens Medisin 10.5.2002.
8. Brattebø G, Hofoss D, Flaatten H, Muri AK, Gjerde S, Plsek P. Effect of a scoring system and protocol for sedation on duration of patients need for ventilator support in a surgical intensive care unit. BMJ 2002; 324; 1386–9.

○