

Generelle kvalitetsindikatorer er til liten hjelp for pasienter som skal velge behandlingssted

Fritt valg

Paris er en by med utsøkte restauranter. Hvis byer verden over skulle tildeles en kvalitetsskåre for spisesteder, ville Paris komme godt ut. Likevel, når du står i Latinerkvarteret og skal velge spisested, hjelper det lite at Paris, generelt sett, har god kvalitet på restaurantene. Det alminnelige omdømmet er ikke uvesentlig. Men der og da monner det lite. Å kikke på menyen og interiøret hjelper noe. Det forteller dere litt mer hvis restauranten er full, men stort besøk kan også indikere noe annet enn god mat, f.eks. en god visesanger. Det beste ville vært om noen med ekspertise hadde sammenliknet de ulike restaurantene ganske detaljert etter et definert sett kriterier. Det har heldigvis noen gjort. Det finnes et ukjent antall guidebøker som hjelper deg å finne den restauranten som passer din gane, ditt lynne og din lommebok.

Det samme gjelder for valg av sykehus. For at en pasient eller hans lege skal kunne velge sykehus på en meningsfylt måte, trengs relevant og spesifikk informasjon som angår nettopp denne pasientens lidelse eller problem. Det kan også være nyttig å vite om et gitt sykehus jevnt over gjør det bra sammenliknet med andre, har god hygiene og får papirarbeidet unna på en effektiv måte. Ikke minst vil det være nyttig å kjenne til om et sykehus ikke gjør det bra etter disse kriteriene. Men slike opplysninger hjelper lite når man er på jakt etter det beste behandlingstilbudet for et helt spesielt problem. Dessverre finnes det ikke noen Michelin-guide for sykehusene.

Fritt sykehusvalg ble innført 1.1. 2001, men uten at pasient eller lege har hatt noen særlig mulighet for å treffe informerte valg, rett og slett fordi informasjon har manglet. Helseministeren har ønsket å gjøre noe med dette (1). I august 2002 uttalte han til Aftenposten at kriteriene for å kvalitetsrangere sykehusene skulle være klare innen utgangen av 2002 (2). Nå er kriteriene kommet, og helseministeren presenterte dem på et presseseminar før jul, og de er også beskrevet i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene (3). Kun åtte kvalitetsindikatorer skal registeres i 2003. Fire av dem er knyttet til pasienters erfaringer med standard, personale, organisering og informasjon. De fire siste er: registrert preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd, epikrisetid, korridorpatienter og sykehusinfeksjoner. Mye kan sies om både relevans og validitet av disse indikatorene, og ikke minst om mulighetene for å få registrert og presentert dem på en sammenliknbar måte.

Det viktigste er imidlertid at de parametrene som nå skal registreres, muligens kan hjelpe myndighetene når de skal bevilge penger. Men de er til liten hjelp for enkeltpasienter som skal treffe viktige

valg for seg selv. De trenger atskillig mer informasjon. De må få vite hvor ulike typer behandling tilbys og hvilken erfaring personalet har med de konkrete behandlingsformene. Selv store, gjennomstuderte pasientgrupper tilbys fortsatt svært ulik behandling på ulike steder i landet. Akutt hjerteinfarkt rammer f.eks. omtrent 4 000 pasienter i året. Halvorsen og medarbeidere viser i dette nummer av Tidsskriftet at prognosen både på kort og lang sikt er bedre dersom det raskt utføres primær angioplastikk ved et sykehus som har tilstrekkelig erfaring. Bare noen få sykehus i Norge tilfredsstiller disse kriteriene (4). Hvilke vil selvsagt ha stor interesse for pasienter og pårørende. Brystkreft rammer omtrent 2 500 norske kvinner årlig. Nye operasjonsteknikker gjør det mulig å bedre resultatene av behandlingen betydelig (5, 6). Men forutsetningen for å kunne tilby denne behandlingsformen er bl.a. at sykehuset har ulike spesialavdelinger og at disse har et godt samarbeid.

Først når slik basisinformasjon er tilgjengelig, kan man gå et skritt videre og utvikle ulike kvalitetsindikatorer eller kriterier som kan hjelpe pasienter til å velge det beste tilbudet. En rekke ildsjeler i de kliniske miljøene og også i Statens helsetilsyn har i en årrekke arbeidet med å utvikle kliniske kvalitetsregistre og -kriterier (7). Det er helt avgjørende at leger deltar i arbeidet med å utvikle klinisk relevante kvalitetsindikatorer og selv er med på å registrere og presentere virkningene av ulike behandlingalternativer. Først da vil pasientene kunne ha en reell mulighet til å foreta et fritt sykehusvalg. De generelle kvalitetsindikatorer helsemyndighetene så langt har valgt å satse på, vil være til liten hjelp for pasienter som ønsker å velge behandlingssted.

Charlotte Haug
redaktør

Litteratur

1. Nesje SB. Vil rangere sykehus etter kvalitet. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 336.
2. Hafstad A. Velg og vrak sykehus. Aftenposten (morgenutgave) 2.8.2002.
3. Helsedepartementet. Styringsdokumentene for de regionale helseforetakene 2003. <http://odin.dep.no/hd/norsk/index-b-n-a.html> (7.1.03).
4. Halvorsen S, Myhre KI, Steigen T, Nordrehaug JE, Gundersen T, Wiseth R. Primær angioplastikk eller trombolytisk behandling ved akutt hjerteinfarkt? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 152–5.
5. Schlichting E, Babovic A, Kåresen R. Vaktpostlymfeknute. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2009.
6. Strickland AH, Beechey-Newman N, Steer CB, Harper PG. Sentinel node biopsy: an in depth appraisal. Crit Rev Oncol Hematol 2002; 44: 45–70.
7. Flaatten H. Lille speil på veggen der, hvem er vakrest i landet her? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2650.