

Kvalitetsindikatorer kan være nyttig for det sykehusinterne kvalitetsarbeidet, men er et svært tvilsomt grunnlag for rangering og valg av sykehus

Indikatorer – nyttige, men problematiske

I helsevesenet har vi kun to mål for all aktivitet: Å få mennesker til å leve lenger og til å ha det bedre. Ideelt sett skulle derfor ethvert system som beregner effektene av vår streben, avspeile i hvilken grad vi når disse mål. Slike beregninger er gjerne kompliserte, tidkrevende og kostbare. Siden konsekvensene av våre handlinger ofte utvikler seg over år eller tiår, blir det umulig fortløpende å registrere konsekvensene av alt som blir gjort. Bruken av indikatorer må ses som et pragmatisk forsøk på å løse disse problemene: Man registrerer et begrenset antall faktorer som beskriver prosess eller resultat, for eksempel ventetid på kreftoperasjon, og forutsetter at disse korrelerer med vanskeligere målbare, men viktigere faktorer, som risiko for tilbakefall.

I diskusjonen om bruk av indikatorer kan man falle i to grøfter. Ensidig understrekning av de mange feilkildene og svakhetene kan hindre fornuftig bruk og kan oppfattes som et forsøk på å hindre innsyn i et lukket sykehusvesen. Den andre grøften er ukritisk bruk av indikatorer og en oppfordring til pasienter om å gjøre valg på grunnlag av disse, uten å ta innover seg feilkildene og de store mulighetene for misbruk.

De mest aktuelle bruksområder for indikatorer er:

- Det enkelte sykehus registrerer indikatorer for å følge sin egen utvikling over tid
- Indikatorer målt ved flere sykehus sammenliknes og brukes som et utgangspunkt for å finne områder med kvalitetssvikt
- Politiske og administrative myndigheter bruker indikatorer fra mange sykehus for å overvåke kvalitet, rangere sykehus og så belønne eller straffe økonomisk
- Pasienter bruker indikatorer i forbindelse med fritt sykehusvalg, i samsvar med Helsedepartementets målsetting (1)

Sykehus er ulike hva gjelder seleksjon av pasienter, diagnostiske prosedyrer, kriterier for å stille ulike diagnoser, rutiner, evaluering av behandlingseffekt og resultatregistrering. Disse forskjellene er ikke noe problem når man ved et sykehus følger egne indikatorer over tid eller sammenlikner seg med andre for å finne områder man bør studere nærmere i det interne kvalitetsarbeidet. Det er når man skal sammenlikne sykehus og bruke disse dataene som grunnlag for rangering av behandlingsinstitusjoner og anbefalinger til pasienter at man får problemer. Dette gjelder særlig de indikatorene som ikke går på prosess, men på det som for pasienten er viktigst – nemlig resultatet.

Metodologisk er det ikke enklere å sammenlikne behandlingsskvalitet ved ulike sykehus enn å sammenlikne ulike behandlingsmetoder i vitenskapelige studier. Tvert imot – der man ut fra randomiserte studier kan sammenlikne relativt like grupper av meningsfull størrelse når det gjelder håndfaste effektmål, vil man ved sammenlikning av sykehus vanligvis ha langt mindre grupper med ulik sammensetning med hensyn til prognostiske faktorer. I tillegg skjer sammenlikningen ikke på grunnlag av de behandlingsresultater man søker å oppnå, men bare ved hjelp av indikatorer man antar korrelerer med de effektene som er viktige for pasientene.

Registreringer ved det enkelte sykehus vil hovedsakelig måtte bygge på egenrapportering, der det vil være rom for skjønn. Når indikatorer brukes for å fordele faglig status og penger, blir det

fristende å gjøre rapporteringen så positiv som mulig innenfor de grenser regelverket setter. Analogt med «kreativ koding» kan vi få «kreativ rapportering».

En annen spilleeffekt er at sykehusene setter inn tiltak som selektivt bedrer de aktivitetene som registreres med indikatorer, uten å gjøre noe med de mer omfattende forholdene som indikatorene skulle si noe om. Hvis for eksempel et sykehus har redusert ventetiden for pasienter med lårhalsbrudd etter at denne ventetiden fikk status som indikator, kan det avspeile at man har redusert uakseptable ventetider for akuttkirurgi generelt. Men det kan også bety at sykehuset har prioritert pasienter med lårhalsbrudd høyere for å «bedre» denne indikatoren, kanskje på bekostning av andre pasienter med behov for akuttkirurgi. Dette siste behøver ikke skyldes noe formelt vedtak, det kan bare være en følge av at alle vet hvilken pasientgruppe hvis ventetid fortløpende registreres.

Et ønske om å opprettholde gode indikatorverdier for aktiviteten kan også påvirke kliniske beslutninger. Særlig vil bruk av indikatorer basert på registrerte behandlingskomplikasjoner kunne fremme en behandlingsfeighet som rammer de mange pasientene der behandlingsindikasjonen er god på tross av høy komplikasjonsfare.

Pasientrettighetsloven pålegger helsepersonell å gi korrekt informasjon tilpasset pasientens individuelle forutsetninger (2). Dette må også innebære en plikt til å opplyse om grad av usikkerhet knyttet til den informasjon som blir gitt, for eksempel ved anbefaling av en bestemt behandling. Vi krever at farmasøytiske selskaper i sammenlikninger med sine konkurrenter skal overholde de samme høye krav til en korrekt og balansert fremstilling (3). Sett fra pasientens ståsted må det være like selvsagt at departement og direktorat gjennom sin nettinformasjon om det enkelte sykehus og enkeltsykehusenes egen informasjon følger de samme prinsipper.

Brukt med innsikt kan indikatorer være et tjenlig hjelpemiddel i sykehusenes kvalitetsarbeid. Men rangering, premiering og straff basert på indikatorene vil være basert på høyst usikker informasjon og kan utløse mange uheldige spilleeffekter. Det å legge ut en stor mengde egeninformasjon fra ulike sykehus, der det uansett innsikt er knyttet stor usikkerhet til tolking og sammenlikning, for deretter å forespeile pasienter at denne informasjonen er et godt grunnlag for et rasjonelt valg av «beste sykehus», vil være en svært tvilsom praksis både moralsk og i forhold til pasientrettighetslovens krav.

Baard-Christian Schem

baard-christian.schem@helse-bergen.no

Baard-Christian Schem (f. 1956) er dr.med. og spesialist i onkologi. Han arbeider ved Kreftavdelingen, Haukeland Universitetssjukehus, og er medlem av redaksjonskomiteen i Tidsskriftet.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Rundskriv om fritt sykehusvalg etter pasientrettighetsloven § 2–4. Helsedepartementet. Rundskriv nr. 53/2000.
2. Lov om pasientrettigheter § 3–2 og 3–5. <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-2> (2.3.2005).
3. Haug C. Forventning og forpliktelse. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1637.