

2. Om nasjonale kvalitetsindikatorer. Helsedirektoratet. <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/kvalitetsindikatorer/om-nasjonale-kvalitetsindikatorer> (20.7.2015).

Re: Hvordan sammenlikner vi kvalitet i helsetjenesten?

Asplin & Fagermoen skriver reflektert om problemene med kvalitetsmåling i helsetjenesten (1). Formen er mild, men konklusjonen drepene: Er rangeringen av sykehus på helsenorge.no troverdig? Svarene fra helsebyråkratiet er dessverre forutsigbart «god-dag-mann-økseskaft»: Doris Tove Kristoffersen og medforfattere skriver om statistiske metoder som ikke kan fange opp de systematiske feilene Asplin & Fagermoen påpeker. Og Cecilie Daae og medarbeidere skriver om Helsedirektoratets luftige visjoner.

Sakens kjerne er denne:

- Helsedirektoratet og Kunnskapssenteret går langt i å innrømme at dagens system er uegnet til å rangere sykehus, bl.a. pga. utilstrekkelig risikojustering og justering for sykehusenes ulike roller.
- Likevel publiseres resultatene på helsenorge.no på en måte som inviterer pasienter til å tro de kan få vite hvor de får best behandling og pressen til å publisere pikante rangeringer.
- En halv milliard kroner av helsebudsjettet skal fordeles ut fra disse rangeringene (2), til tross for at deres grad av presisjon altså ikke gjør dem egnet for det.
- Rangeringer påvirker kodepraksis – sterkere dess sterkere incentiver de er koblet til. Det kan ikke justeres vekk statistisk. Sørg for å kode alle pasienter med lett forhøyede troponinverdier som «hjerteinfarkt», alle med kraftig bronkitt som «pneumoni» og alle med uspesifikke nevreradiologiske funn som «hjerneslag», og du får i pose og sekk: Høy DRG-refusjon og høy kvalitetsskår. Slike betraktninger er blitt hverdagen i de kliniske miljøene. Det trekker helsepersonellens oppmerksomhet vekk fra det som faktisk betyr noe for behandlingskvaliteten.
- Kvalitetsindikatorene kan påvirke behandlingspraksis på måter som kan være uønsket. Dels ved at sykehusene forsøker å unngå pasienter med høy risiko, og dels ved at metoder som «teller» anvendes også der annen behandling hadde vært best (3).
- Kvalitetsindikatorene gir mye arbeid for sykehusenes og helseforetakenes omdømmebyggere (informasjonskonsulenter), for å fremheve de gode tallene og bortforklare de dårlige. Informasjonsstabene vokser, og de kliniske miljøene må bruke mer av sin tid på å gi dem data. Dette systemet får ikke helsetjenesten til å gi god behandling, men får det til å se ut som behandlingen er god.

Det er derfor høy risiko for at arbeidet med kvalitetsindikatorer – gjennom indirekte effekter som er åpenbare sett fra grunnplanet, men dårlig forstått i byråkratiet – fører til kvalitetsforringelse snarere enn forbedring.

Selvsagt skal alle som gir helsetjenester evaluere kvaliteten, men evalueringen må være relevant i den konteksten behandlingen gis. Slik egevaluering har gode tradisjoner i helsetjenesten, men synes nå å avta, trolig fordi man i stedet strever for å rapportere «pene» tall tjenestevei. Det er ikke kjent hva ovenfra-og-ned-arbeidet med kvalitetsindikatorer koster, men bare de direkte utgiftene må være på mange millioner. Disse pengene ville vært bedre anvendt til reell kvalitetsforbedring der helsetjenestene faktisk gis.

Torgeir Bruun Wyller
t.b.wyller@medisin.uio.no

Torgeir Bruun Wyller (f. 1960) er professor ved Geriatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus og leder av Helsetjenesteaksjonen. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Asplin M, Fagermoen E. Hvordan sammenlikner vi kvalitet i helsetjenesten? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1112–3.
2. Meld. St. 10 (2012–2013). God kvalitet – trygge tjenester – Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/ (29.7.2015).

3. Frøyshov HM. Hva er god behandling ved akutt hjerneslag? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 625.

Re: Hvordan sammenlikner vi kvalitet i helsetjenesten?

Debattinnlegget til Asplin & Fagermoen (1) har ført til gode kommentarer og ytterligere påpeking av begrensningene for noen av de 79 kvalitetsindikatorene som per mai 2015 publiseres på helsenorge.no. Daae og medarbeidere minner om at det er mange brukere og flere aspekter som skal belyses av et nasjonalt indikatorsystem.

Wyller skriver bl.a. at «...Kunnskapssenteret går langt i å innrømme at dagens system er uegnet til å rangere sykehus». Dette krever en kommentar: Når vi sorterer usikre tall, vil rangeringen, dvs. rekkefølgen, bli usikker. Dette skyldes den statistiske variabiliteten i tallene, som det er vanskelig å gjøre noe med. Selv med perfekt datakvalitet og perfekt justering for forskjeller i pasientsammensetning, vil vi ikke kunne gi en sikker rangering. Dette er grunnen til at vi advarer mot tolkning av rekkefølgen i tabellen over indikatorer (2). Ved bruk av statistiske metoder våger vi imidlertid å påstå at noen sykehus gjør det bedre eller dårligere enn gjennomsnittet. Forslaget fra Asplin & Fagermoen om å presentere konfidensintervall, kan bidra til å illustrere den statistiske usikkerheten som er i overlevelsessannsynlighetene.

Kunnskapssenteret mener at det er nyttig å ha et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem. Internasjonalt anerkjennes bruken av indikatorer (3), og mange land har utviklet indikatorsystemer. Hvis et sykehus kommer signifikant dårligere ut enn andre sykehus, bør sykehuset gå gjennom egne data og praksis. Dette kan gi innsikt i om sykehuset gir suboptimal behandling eller har avvikende kodepraksis. Blant tre norske sykehus som kom signifikant dårligere ut da 30-dagersoverlevelse ble publisert i 2011, førte gjennomgang av datagrunnlaget til at sykehusene fikk bedre forståelse av egne data og kvalitetsforbedringstiltak ble satt i gang eller videreført (4).

Overlevelse og reinnleggelse er basert på pasientadministrative data som er relativt billige og lett tilgjengelige. Slik registrering for å dokumentere pasientbehandlingen har foregått i mange år, og har vært brukt til innsatsstyrt finansiering. Vi tror at alle tilstreber riktigst mulig kodebruk. Ettersom mengden av kvalitetsregistre i Norge er økende, vil vi etter hvert kunne utnytte data fra begge kilder.

Doris Tove Kristoffersen
dok@nokc.no

Doris Tove Kristoffersen (f. 1962) er statistiker og forsker ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Asplin M, Fagermoen E. Hvordan sammenlikner vi kvalitet i helsetjenesten? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1112–3.
2. Lindman AS, Hassani S, Kristoffersen DT et al. 30-dagers overlevelse og reinnleggelse ved norske sykehus for 2013. Notat 2014. Oslo: Kunnskapssenteret, 2014.
3. Schold JD, Nicholas LH. Considering potential benefits and consequences of hospital report cards: what are the next steps? Health Serv Res 2015; 50: 321–9.
4. Kristoffersen DT, Helgeland J, Waage HP et al. Survival curves to support quality improvement in hospitals with excess 30-day mortality after acute myocardial infarction, cerebral stroke and hip fracture: a before-after study. BMJ Open 2015; 5: e006741.

Re: E-sigaretter – til skade eller nytte?

Jeg ønsker å komme med noen kommentarer til Sanner & Grimsruds svar:

Sanner & Grimsruds svar på min kritikk leser jeg kun som en gjentakelse av det som står i kronikken (1). Jeg er klar over at de er redde for at en etablert nikotinavhengighet vil gjøre det lettere

>>>

å begynne med vanlige sigaretter, men det gjør ikke deres sammenligning mellom snus og e-sigaretter mer gyldig. Vi kan ikke basere fremtidig regulering på redsler som kan vise seg å være ubegrunnede.

Jeg kom med en utfordring til Sanner & Grimsrud om å dokumentere ett eneste tilfelle av en ikke-røyker som starter med e-sigaretter for så å gå over til vanlige sigaretter. Dette har de ikke kommet med, og det overrasker meg heller ikke nevneverdig, da jeg ikke tror det har skjedd. For en forhenstående røyker vil det ikke være noe logisk grunn til å gå tilbake til vanlige sigaretter, da e-sigarettene gir en bedre opplevelse – det er dette jeg mener gjør dem så effektive.

I tillegg er det også slik at det er svært få ikke-røykere som begynner med e-sigaretter. Sanner & Grimsrud påstår at bruken sprer seg til aldri-røykere. Dette stemmer ikke med virkeligheten, se for eksempel deres egen referanse (2) hvor det konkluderes med at «det er lite som tyder på at noe mer enn et ubetydelig antall aldri-røykere bruker produktet regelmessig» (2, side 5). Det henvises også videre til en nyere rapport (3), som viser at det ikke er noen trend at bruken sprer seg til aldri-røykere. Sanner & Grimsrud referer også til to andre artikler (4, 5) for å underbygge denne påstanden. Ut ifra sammendragene (og min tidligere erfaring med denne type undersøkelser) underbygger dataene i disse studiene heller ikke Sanner & Grimsruds påstander. Eksempelvis ser vi i den første at de først finner en svært lav bruk blant aldri-røykere (1.4 %), men baserer konklusjonen, at mange ikke-røykere bruker e-sigaretter, på at en tredel av brukerne er ikke-røykere (3). Det er vel da innlysende at de også tar med dem som har sluttet ved hjelp av e-sigaretter i denne andelen?

Hvis man skal problematisere bruken av et røykesluttprodukt blant forhenstående røykere, vil jo alle røykesluttprodukter bli problematiske ... så lenge de virker, selvsagt. Merk også at det er stor forskjell på en ikke-røyker og en aldrirøyker samt stor forskjell på å ha prøvd noe én eller to ganger og det å bruke det fast. Disse forskjellene mistenker jeg at bevisst viskes ut fra en del undersøkelser for at tallmaterialet skal understøtte konklusjonen, og man må gå litt i dybden for å se hva tallene faktisk sier.

Jeg vil opprettholde min utfordring om å dokumentere ett enkelt tilfelle av en ikke-røyker som starter med e-sigaretter, for så å gå over til sigaretter, og i tillegg vil jeg utfordre Sanner & Grimsrud til å dokumentere at nikotin er avhengighetsskapende også ved fravær av andre stoffer i tobakksrøyk. Dette kan de for eksempel gjøre ved å dokumentere tilfeller av ikke-røykere som har blitt avhengige av andre nikotinholdige røykesluttprodukter.

Morten Moe

morten.metall@gmail.com

Morten Moe [f. 1979] er IT-konsulent i Get.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Sanner T, Grimsrud TK. E-sigaretter – til skade eller nytte? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 959–61.
2. Electronic cigarettes (also known as vapourisers). Action on smoking and health (ASH), nov. 2014. www.ash.org.uk/files/documents/ASH_715.pdf [15.7.2015].
3. Use of electronic cigarettes (vapourisers) among adults in Great Britain. Action on smoking and health (ASH), may 2015. www.ash.org.uk/files/documents/ASH_891.pdf [15.7.2015].
4. McMillen RC, Gottlieb MA, Shaefer RM et al. Trends in electronic cigarette use among U.S. adults: Use is increasing in both smokers and nonsmokers. Nicotine Tob Res 2014; ntu213. [Epub ahead of print].
5. Goniewicz ML, Gawron M, Nadolska J et al. Rise in electronic cigarette use among adolescents in Poland. J Adolesc Health 2014; 55: 713–5.

T. Sanner & T.K. Grimsrud svarer:

De to sentrale punktene i kommentarene til IT-konsulent Morten Moe er spørsmålet om nikotin er avhengighetsskapende i fravær av andre stoffer i tobakksrøyk og spørsmålet om personer som aldri har røykt vil gå over til å røyke sigaretter etter å ha brukt e-sigaretter.

Helt siden slutten av 1950-tallet har tobakksindustrien forstått at nikotin er nøkkelen til trofaste kunder (1). Vi vet at det er meget lett å bli avhengig av nikotin uansett om det tas opp fra lungene, som ved røyking og bruk av e-sigaretter, eller fra slimhinnene i munnhule og nese som ved bruk av snus.

På samme måte som det er få personer som begynner med tobakksprodukter etter at de er 18–20 år, vil det sannsynligvis være få voksne som ikke bruker eller har brukt tobakksprodukter som vil begynne med e-sigaretter. Vår bekymring er ungdommen. Industrien driver intens reklame for e-sigaretter overfor ikke-røykende ungdom i land hvor dette er tillatt, og en rekke undersøkelser har vist en kraftig økning i bruken av e-sigaretter blant unge mennesker, også ungdom som ikke tidligere har brukt tobakksprodukter (2, 3). Disse vil kunne bli avhengige av nikotin på samme måte som de som begynner å røyke eller begynner med snus.

I Sverige ble bruk av snus vanlig blant ungdom lenge før norsk ungdom begynte med snus. Således brukte noe over 10 % av unge svenske menn mellom 15 og 19 år snus i 1969/70, men det er først nå i de siste årene at man har kunnet demonstrere at ungdom som hadde prøvd snus i ung alder har langt høyere risiko enn andre for å være røykere i slutten av ungdomsårene (4). Tilsvarende vil vi forvente at ungdom som prøver e-sigaretter vil ha økt risiko for å bli røykere når de blir eldre, men vi forventer i likhet med det man har funnet i forbindelse med snus, at det vil ta flere år før man i epidemiologiske undersøkelser kan vise dette.

Tore Sanner

tore.sanner@kjemi.uio.no

Tom K. Grimsrud

Tore Sanner [f. 1935] er professor emeritus. Han var tidligere forsknings-sjef ved Institutt for kreftforskning, Radiumhospitalet, og professor II ved Kjemisk institutt, Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Tom K. Grimsrud [f. 1955] er dr.med., spesialist i arbeidsmedisin og overlege/forsker ved Kreftregisteret.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. WHO. Evaluation of the tobacco industry positions on addiction to nicotine A report prepared for the Tobacco Free Initiative. Geneva: World Health Organization, 2008: 69 p.
2. McCarthy M. «Alarming» rise in popularity of e-cigarettes is seen among US teenagers as use triples in a year. BMJ 2015; 350 (apr 17 7): h2083.
3. White J, Li J, Newcombe R et al. Tripling use of electronic cigarettes among New Zealand adolescents between 2012 and 2014. J Adolesc Health 2015; 56: 522–8.
4. Joffer J, Burell G, Bergström E et al. Predictors of smoking among Swedish adolescents. BMC Public Health 2014; 14: 1296.

Re: E-sigaretter – til skade eller nytte?

Jeg ønsker igjen å kommentere Sanner & Grimsruds svar på min kritikk av deres kronikk (1). De underbygger sin påstand om at nikotin på egen hånd, altså uten tobakk, er avhengighetsskapende med en henvisning til at nikotin er avhengighetsskapende i både snus og røyk. Både snus og røyk inneholder jo tobakk, så denne dokumentasjonen kan vel ikke være gyldig i denne sammenhengen. Det finnes mye nyere forskning som tyder på det motsatte. Se for eksempel disse to artiklene (2, 3). For øvrig stammer gjengs oppfatning av nikotin som den avhengighetsskapende faktor i tobakksrøyk fra svært tvilsomme kilder som for ikke lenge siden ble kastet ut av FDAs TPSAC (Tobacco Products Scientific Advisory Committee) på grunn av interessekonflikter, da de mottok vederlag fra diverse medisingiganter (4).

Jeg ser også et stort problem med måten Sanner & Grimsrud forsøker å dokumentere sin påstand om at bruk av e-sigaretter øker voldsomt blant unge ikke-røykere. Deres første kilde (5) viser at e-sigaretter erstatter tobakk, i og med at andelen røykere går ned samtidig som bruk av e-sigaretter øker, mens det samlet sett holder

>>>