
Krise i helsevesenet - er dårlig kvalitetssikring problemet?

REDAKSJONELT

ØIAN P

Problemene i norsk helsevesen er mange. I mediene får man ofte inntrykk av at det største problemet er langeventelister, garantibrudd og manglende behandlingsskapasitet. Det hevdes ofte at disse problemene kunne løses hvis man fikk økte ressurser eller hjelp fra utlandet. Men er det sikkert at de som står i ventelistekøene burde vært der, og at behandlingen de venter på gir forventet resultat?

Problemene er store og viktige, men etter mitt skjønn er "krisen" i norsk helsevesen av mer fundamental karakter. Grunnen er følgende: Svært ofte kan vi ikke dokumentere resultater av den behandling vi gir. Sannsynligvis tar pasientene, og for den saks skyld politikerne, det for gitt at vi har en fortløpende kvalitetskontroll av pasientbehandlingen. Slik er det ikke!

I arbeidet med de regionale helseplaner, som har foregått de siste årene, viste det seg nesten umulig å skaffe tilveie data om behandlingsresultater, selv for de vanligste kirurgiske inngrep. Noen vil hevde at vi lever i en internasjonal medisinsk verden hvor resultater er godt kjent. Men er det så enkelt? Selvfølgelig er informasjonsflyten enorm i våre dager, men dette kan likevel ikke erstatte dokumentasjon av egen virksomhet. Bare slik kan vi oppdage tilfredsstillende resultater eller uventet høy komplikasjonshyppighet. Etter mitt skjønn fokuseres det i dag for mye på volum (antall pasienter behandlet eller operert) og for lite på kvalitet. Dette er frustrerende for mange helsearbeidere. For eksempel er det slik at de færreste pasienter som opereres i dag kontrolleres ved den opererende avdeling, og som regel finnes ikke rutiner som sikrer at kort- og langtidsresultater registreres.

I Lønning II-utvalgets innstilling understrekes tre viktige kriterier i prioriteringssammenheng: tilstandens alvorlighet, tiltakets kostnadseffektivitet og tiltakets nytte (1). Problemet er imidlertid at det siste ofte vil være en ukjent variabel. Vi har store oppgaver foran oss!

Som ledd i et kvalitetssikringsarbeid har Norsk gynekologisk forening laget prosedyrer og behandlingsanbefalinger for sentrale områder i vårt fag (2). I dette nummer av Tidsskriftet har Larsen og medarbeidere etterprøvd innføringen av en slik prosedyre - nemlig antibiotikaprofylakse ved keisersnitt (3). Resultatene er nedslående. I 1992, da det forelå skriftlige prosedyrer ved forfatterens avdeling, var det bare 55% av dem som skulle hatt profylakse som fikk det. Videre fikk hele 47% av disse et annet antibiotikum enn det prosedyren tilsa. Årsakene til dette kan være flere: Legene kan være uenig i at profylakse skal gis på de vedtatte indikasjoner, de husker ikke prosedyren når de opererer, de er ikke vant til at prosedyrer finnes, informasjonen innad i avdelingen er for dårlig, eller de kan være uenig i valg av antibiotikum. Uansett er dette alvorlig. Man kan tenke seg følgende situasjon: En kvinne har gjennomgått etakutt keisersnitt, får alvorlig infeksjon og dør eller får alvorlig sekvele. Antibiotikaprofylakse er ikke gitt etter prosedyrene. Situasjonen vil være meget alvorlig for behandlende lege/avdelingsansvarlig, og erstatningsansvar må påregnes.

Undersøkelsen til Larsen og medarbeidere setter søkelyset på andre viktige problemstillinger. Er kefalosporin det mest hensiktsmessige valg? Skal profylakse gis til alle keisersnittspasienter eller bare til visse grupper? Reduserer profylakse alvorlige komplikasjoner? Er det sikkert at behandlingsresultater fra andre deler av verden uten videre kan overføres til Norge (4)? Det utføres ca. 7500 keisersnitt per år i Norge. En randomisert undersøkelse der noen av disse problemstillinger ble testet ville være interessant.

Det er prisverdig at Larsen og medarbeidere evaluerer innføring av nye rutiner og publiserer resultatene, selv om de ikke bare er hyggelige. Jeg frykter at svært mange avdelinger ville rapportere liknende resultater om de gjordetilsvarende arbeid. Så kan man spørre om det har noen hensikt å ha rutiner når de følges så dårlig som her?

Det er å håpe at kvalitetssikring ikke bare blir honnørord samlet i pene hefter som trekkes frem ved egnede anledninger, men at kvalitetssikringsarbeid fører til konkrete tiltak - nemlig en kontinuerlig evaluering av behandlingsresultater.

Pål Øian

LITTERATUR

1. Norges offentlige utredninger. Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1997: 18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997.
2. Veileder i fødselshjelp 1995. Oslo: Den norske lægeforening, 1995.
3. Larsen A, Khoury J, Urnes A. Oppfølging av en prosedyre for antibiotikaprofylakse ved keisersnitt. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2762-4.
4. Smaill F. Prophylactic antibiotics for caesarean section. The Cochrane Pregnancy & Childbirth Database, 1995, issue 2.

Publisert: 20. august 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

