
Kvalitetssikring ved diagnostikk og behandling av blodsykdommer

REDAKSJONELT

WISLØFF F

Kvalitetssikring innebærer systematisk arbeid for at diagnostikk og behandling skal foregå etter faglig aksepterte retningslinjer (1). En måte å gjøre dette på er utarbeiding av nasjonale kliniske handlingsprogrammer.

I dette nummer av Tidsskriftet presenterer Bernt Ly og medarbeidere resultatene av en populasjonsbasert undersøkelse av symptomer, funn, komplikasjoner og behandlingsvalg (2). Som ledd i et kvalitetssikringsprosjekt, ble alle pasienter med kronisk lymfatisk leukemi i Norge forsøkt registrert i en periode på to år. Like før registreringen startet, hadde Norsk selskap for hematologi vedtatt et handlingsprogram for kronisk lymfatisk leukemi. Undersøkelsen viste at diagnosen var stilt i samsvar med handlingsprogrammet hos 78% av pasientene. For ytterligere 17% var diagnosen korrekt, men ett eller flere diagnostiske kriterier (som regel beinmargsundersøkelse) manglet. Bare i 5% av tilfellene var diagnosen feilaktig. Hos 52 av 59 pasienter ble behandling med klorambucil igangsatt i samsvar med handlingsprogrammet, mens bare 42% av pasientene som fikk prednison skulle ha hatt det.

Flere av forutsetningene for et vellykket handlingsprogram var til stede:

- Pasientgruppen er veldefinert.
- Brukerne var med på å utarbeide handlingsprogrammet. Alle medlemmer av foreningen hadde hatt anledning til å uttale seg.
- Det var høy grad av konsensus i fagmiljøet.
- Programmet var fleksibelt og åpnet for valg mellom behandlingsmåter som ble oppfattet som likeverdige.

Det er interessant at oppslutningen om handlingsprogrammet var lavest der det brøt med en langvarig, men dårlig dokumentert tradisjon, nemlig den utstrakte bruk av prednison ved kronisk lymfatisk leukemi.

Norsk selskap for hematologi har handlingsprogrammer også for kronisk myelogen leukemi, behandling med vekstfaktorer og cytokiner, samt myelomatose (utarbeidet av Nordisk myelomatosestudiegruppe).

Kvalitetssikring forutsetter dokumentasjon av kvalitet (3). Blant norske hematologer er det bred enighet om at handlingsprogrammer og multisenterstudier har økt kvaliteten på omsorgen for de aktuelle pasientgruppene. Prosessen med utarbeiding av handlingsprogrammer har virket samlet på fagmiljøet. Handlingsprogrammene sees på som en god støtte i den travle kliniske hverdag. Det er imidlertid ønskelig med objektive holdepunkter for at programmene følges. I dette tilfellet ble handlingsprogrammet fulgt opp med en populasjonsundersøkelse, som gav slik dokumentasjon. Ideelt sett bør handlingsprogrammene inneholde forslag til kvalitetsindikatorer som kan benyttes av den enkelte avdeling etter ønske. Det kan være sjekklister for diagnosekriterier, behandlingsindikasjon og valg av behandling, responsevurdering og kriterier for residiv.

Det kan reises innvendinger mot handlingsprogrammer. De må revideres hyppig; ingen har respekt for et foreldethandlingsprogram. Ansvar for fortløpende revisjon bør tillegges spesialforeningenes kvalitetsutvalg. Det må presiseres at programmene er veiledende; de innebærer verken forpliktelser for legen eller rettigheter for pasientene. De kan ikke brukes som "kokebok", og må ikke føre til at pasientene behandles på et for lavt omsorgsnivå.

I vår tid må vi i økende grad tenke juridisk. I en klagesak vil man antakelig stå sterkere hvis man kan dokumentere at man har fulgt et nasjonalt handlingsprogram.

Handlingsprogrammene kan også komme til nytte overfor sykehuseiere og helsemyndigheter. Det vil være vanskelig å nekte ressurser til kostbar diagnostikk og behandling som det er nasjonalkonsensus om. Et slikt eksempel foreligger i en annen artikkel av Ly og medarbeidere (4), som viser at systematisk bruk av immunfenotyping ved diagnostikk av kronisk lymfatisk leukemi i enkelte tilfeller kan forhindre at man stiller feildiagnose og gir gal behandling.

Prioriteringsutvalget (5) foreslår at Statens helsetilsyn får myndighet til å opprette faggrupper som skal gi anbefalinger om prioritering innen sine fagområder. Det vil være nærliggende for disse faggruppene å samarbeide med spesialforeningene slik at anbefalingene kan nedfelles i kliniske handlingsprogrammer. Tiltak for en pasientgruppe skal vurderes etter tilstandens alvorlighet, forventet nytte og kostnadseffektivitet. For prioritering kreves resultater fra kliniske studier med vurdering av livskvalitet og registrering av ressursbruk. Samarbeid med helseøkonomer vil være viktig for å frembringe den type data som kan danne grunnlag for faggruppens anbefalinger.

Finn Wisløff

LITTERATUR

1. Kvamme OJ, Mjell J, Hjortdahl P. Hvilke medisinske kvalitetsbegreper bør vi bruke i Norge? Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3823-6.
2. Ly B, Hammerstrøm J, Bergheim J, Dahl IM, Grøttum KA, Lødemel B. Kronisk lymfatisk leukemi. En populasjonsbasert undersøkelse av symptomer, funn, komplikasjoner og behandlingsvalg. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 228-32.
3. Holm HA. Begrepsforvirring om kvalitetssikring. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 789.
4. Ly B, Hammerstrøm J, Bergheim J, Dahl IM, Grøttum KA, Lødemel B et al. Kronisk lymfatisk leukemi. Immunfenotyping som hjelpemiddel for riktig diagnose. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 233-7.
5. Norges offentlige utredninger. Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste. NOU 1997: 18. Oslo: Forvaltningstjenestene, statens

trykning, 1997.

Publisert: 20. januar 1998. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. juli 2026.