

Hvordan sammenlikner vi kvalitet i helsetjenesten?

Kvalitetsindikatorsystemet er en sentral metode for evaluering av helsetjenester. Behandlingsresultater må risikojusteres for at man skal kunne sammenlikne ulike sykehus eller avdelinger. Åpne tall og resultatbaserte finansieringsordninger er ment å forbedre kvaliteten på helsetjenestene, men kan også føre til uheldig praksis.

Helsemyndighetene søker å etablere prosesser som skal motivere for kontinuerlig kvalitetsforbedring og læring på alle nivåer i helsesektoren (1, 2). Alle som tilbyr helsetjenester, forventes å ha systemer for løpende dokumentasjon av praksis. Selv om økte dokumentasjonskrav kan oppleves som belastende i en travel klinisk hverdag, mener vi at registreringsarbeid er en viktig forutsetning for forbedring. Tidligere har helsetjenesteresultater vesentlig kommet i form av aktivitetstall, men det er i dag økende vektlegging av å rapportere resultater som sier noe om kvaliteten på tjenestene.

Resultatdata med troverdig kvalitetsinformasjon er en forutsetning for gjennomføring av overordnede helsepolitiske føringer for kvalitetsbaserte finansieringsordninger og fritt sykehusvalg. Resultatdata er nyttige på flere plan. Politikere og helsemyndigheter vil kunne bruke slike data til prioriteringer og kontroll, da det kan synliggjøre at noen tjenesteytere må bygges opp og noen kanskje ekskluderes. Pasienten kan ta informerte valg om hvor han vil behandles. Sykehusene eller den enkelte avdeling kan kvalitetssikre sin praksis ved å følge variasjonen i egne resultater eller sammenlikne seg med tilsvarende virksomheter.

Hvordan måle kvalitet?

Det er utfordrende å finne målbare størrelser – såkalte kvalitetsindikatorer – som på en god måte beskriver kvaliteten på de tjenestene som leveres. «Kvalitet» er ikke noe enkelt og entydig begrep. Oppfatningen av kvalitet er knyttet til brukerens forventninger og opplevelser. Kvalitetsbegrepet vil også variere med tid, tilgjengelige ressurser, foreliggende kunnskap og den enkeltes preferanser. Det som for 15 år siden var god behandling av hjerteinfarkt, vil i dag sannsynligvis bli betraktet som substandard. Ofte kan det være mest riktig å følge flere kvalitetsindikatorer som hver for seg sier noe om ulike kvalitetsaspekter og som til sammen vil speile total kvaliteten på behandlingsforløpet på en bedre måte.

Det er Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten som har ansvaret for å utvikle og anbefale nasjonale kvalitetsindikatorer for helsesektoren. I spesialisthelsetjenesten følges det i dag rundt 50 ulike kvalitetsindikatorer på nasjonalt nivå. Ved siden av indi-

katorer knyttet til behandling av spesifikke diagnoser og overlevelse for ulike kreftformer, legges det vekt på administrative indikatorer som epikrisetid og tid til behandlingsstart og i økende grad også på pasient-

«Sammenlikninger forutsetter gode og gjennomtenkte kvalitetsindikatorer i tillegg til sannferdige og oppdaterte data med ensartet kodepraksis og pasientutvalg»

erfaringer. Data hentes fra sentrale helseregistre og publiseres av Helsedirektoratet fortløpende på nettet (3). På nettstedet helsenorge.no finner vi rangerte resultater helt ned på sykehusnivå.

Behov for risikojustering

For å kunne sammenlikne behandlingsresultater fra forskjellige virksomheter forutsettes det sammenliknbare pasientutvalg eller en risikojustering av resultatet. I tillegg til kvaliteten på tjenesten i seg selv vil ulik kodepraksis, sykdommenes alvorlighetsgrad, komorbiditet og demografiske data som kjønn, alder og sosioøkonomiske faktorer være av betydning for behandlingsresultatet. Det vil for eksempel være feil å sammenlikne rene overlevelsestall fra to avdelinger som behandler samme sykdom der den ene avdelingen må forholde seg til pasienter med avansert sykdom, høy alder og komorbiditet, mens den andre sender disse pasientene videre og kun behandler lettere tilfeller. Overlevelsestall vil her ikke si noe om forskjellene i kvaliteten på tjenestene ved disse to avdelingene.

I intensivmedisinen har vi lenge risikojustert behandlingsresultatet død/ikke død ved hjelp av risikoskåringsmodeller. Dette er statistiske modeller som gir et uttrykk for

pasienttyngde og risiko for død. Selv om det er relativt ressurskrevende å hente frem innkomstdata for hver pasient, gir det oss en mulighet til å sammenlikne våre behandlingsresultater med behandlingsresultatene i et stort internasjonalt pasientutvalg.

Det er viktig at det foreligger systemer som justerer for ulikt pasientutvalg eller risikojustering av behandlingsresultater dersom sammenlikning mellom virksomheter skal gi mening. Slik vi ser det blir slike forhold ikke tilstrekkelig fanget opp gjennom dagens praksis for registrering, koding og rapportering. Det må virke noe underlig for leseren av resultater på helsenorge.no at ingen pasienter ved Rikshospitalet tilbys trombolytisk behandling ved akutt blodpropp til hjernen, mens Helse Fonna (på topp) gir slik behandling til hele 40 % av sine pasienter med akutt blodpropp til hjernen (3). Ulik praksis her kan skyldes ulikt pasientutvalg, tidsforhold ved innleggelsen, andre intervensjonsmuligheter eller kanskje ulik rapportering, men dette problematiseres ikke slik tallene presenteres. Enkelte resultatall svekkes ytterligere ved at de er basert på et svært lite pasientmateriale. Vi stiller derfor spørsmål ved i hvilken grad foreliggende rangering av sykehus er troverdig slik det publiseres på helsenorge.no.

Åpne data og økonomisk belønning

Det er liten tradisjon i Norge for offentliggjøring av resultatdata for helsetjenester. I land der helsesektoren i større grad preges av kommersielle aktører, har åpen formidling av behandlingsresultater vært praktisert lenge. Allerede i slutten av 1980-årene ble det i flere amerikanske stater offentliggjort løpende kliniske opplysninger og behandlingsresultater etter bypasskirurgi ved de enkelte avdelingene.

Noe av tanken bak offentliggjøring av behandlingsresultater er at det påvirker virksomhetens omdømme og på denne måten vil kunne motivere sykehusene og den enkelte helsearbeider til å levere bedre faglig kvalitet. Motivasjonen blir trolig ytterligere forsterket når man velger å knytte økonomiske incitament til gode behandlingsresultater. Dette er vanlig praksis i de fleste andre samfunnssektorer, men føles fremmed når det skal benyttes på offentlige helsetjenester.

Samme tendens ser vi også i utlandet,

der man i enkelte land har gått langt i å vri helsefinansieringsordninger fra aktivitets-tall og mot resultat-tall. I Norge har spesialisthelsetjenesten i de senere år vært inne i en prøveperiode, der deler av sentrale overføringer (500 millioner kroner) fordeles etter resultat-tall fra gitte kvalitets-indikatorer (2 s. 67).

«Konseptet omkring økonomiske incitamenter fasinere mange, men de fleste over- ser hvor vanskelig det er å utforme dem riktig slik at de fremmer ønsket adferd uten samtidig å ha (for mange) utilsiktede bivirk- ninger» (4). Sitatet er hentet fra en sentral fagbok i emnet kvalitetsforbedring av helse- tjenester. Her pekes det på en rekke mulig- heter for uheldige tilpasninger til et system der åpne resultat-tall med konsekvenser for økonomi og omdømme rendyrkes.

Pasienter kan selekteres på den måten at man velger å behandle lettere tilfeller og sende fra seg pasienter med risiko for dårlige resultat-tall. For stor oppmerksomhet omkring det som måles, kan føre til at res- sursene styres vekk fra tjenester som ikke måles. Slik kan noen grupper av pasienter bli vektet på bekostning av andre grupper med like stort behov for helsehjelp. Dette kan svekke kvalitetsdimensjonen om like- verdige og tilgjengelige tjenester for alle. Videre kan kortsiktige strategier med umid- delbare resultater på målte indikatorer bli

prioritert fremfor mer langsiktige strategier med kanskje større potensial for kvalitets- forbedring. Det kan også være en viss fare for overbehandling i de pasientforløpene som indikatormåles – fordi man i sin iver etter gode tall ønsker å være på den sikre siden.

Troverdig rangering av sykehus?

Resultatdata fra helsesektoren forventes i økende grad, og åpenhet omkring data som speiler kvaliteten på helsetjenestene som leveres er kommet for å bli. Sammen- likning av behandlingsresultater sykehus imellom er utfordrende, men gir mulighet til kvalitetsforbedring ved å lære av de beste.

Systemer for slike sammenlikninger forutsetter gode og gjennomtenkte kvalitets- indikatorer i tillegg til sannferdige og opp- daterte data med ensartet kodepraksis og pasientutvalg. Mange typer resultatdata må risikojusteres for å gi meningsfull sammen- likning mellom virksomheter. Det er grunn til å spørre om dagens praksis med resultat- rangering av sykehus på helsenorge.no vir- kelig er uttrykk for en reell kvalitetsforskjell på leverte tjenester.

Marius Asplin
marius.asplin@gmail.com
Even Fagermoen

Marius Asplin (f. 1960) er overlege ved Akutt- klinikken, Oslo universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Even Fagermoen (f. 1967) er ph.d. og overlege ved Akutt-klinikken, Oslo universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Og bedre skal det bli – Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005–2015. Oslo: Sosial og helsedirektoratet, 2005. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-20052015> (10.6.2015).
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/ (10.6.2015).
3. Kvalitetssikret helseinformasjon. <https://helsenorge.no> (10.6.2015).
4. Mainz J. Kvalitetsudvikling i praksis. Kap. 20, 21. København: Munksgaard, 2013.

Mottatt 31.3. 2015, første revisjon innsendt 29.4. 2015, godkjent 9.6. 2015. Redaktør: Liv-Ellen Vangsnæs.

Publisert først på nett.