
Åpenhet om operasjonsresultater

REDAKSJONELT

SVENNEVIG JL

Tiden er inne for regelmessig og åpen rapportering av resultatene av kirurgisk behandling vednorske sykehus

Norske sykehus har tradisjon for å evaluere kirurgisk behandling. En rekke tiårsmaterialer, eksempelvis for koronar-og klaffekirurgi, har bekreftet en gjennomgående god standard (1, 2). Viktige faktorer som i høy grad avgjør letalitet og morbiditet er andelen av øyeblikkelig hjelp, pasientenes alder og hvorvidt de er operert tidligere. I materialene finnes også en del "ankepasienter", det vil si pasienter som har fått avslag ved sykehus med høyere terskel for åakseptere høyrisikopasienter. Enkelte pasienter som trenger spesialbehandling, for eksempel perioperativ dialyse, henvises til sentre med denne kompetanse. Alle disse forhold gjør det svært vanskelig å sammenlikne resultater. Bruk avskåringssystemer for å bestemme pasientrisiko er ennå ikke i allment bruk (3, 4).

I kjølvannet av Bristol-saken, som tidligere har vært omtalt i Tidsskriftet (5, 6), er kravet om at sykehusenefortløpende skal offentliggjøre resultater blitt aktualisert og forsterket. Bristol-saken avdekket at resultatene ved hjertekirurgiske inngrep hos barn i perioden 1988-95 var meget dårlige med høy letalitet og morbiditet (7). Tre leger ble dømt, to fordi de hadde fortsatt å operere til tross for at de kjente resultatene, og en fordi han som leder burde ha kjent resultatene. Dette har ført til krav om kontinuerlig offentliggjøring av kirurgiske resultater ikke bare for hver enkelt avdeling, men også for hver enkelt kirurg, slik det har vært vanlig i enkelte amerikanske delstater.

Norsk thoraxkirurgisk forening har siden 1994 registrert samtlige hjerteoperasjoner i Norge og fremlagt resultatene i form av en årsrapport. Hvert senter får tilsendt egne og samlede resultater, men foreningen offentliggjør kun resultater for det samlede landsmateriale (8). I dag rapporterer sykehusene kun utskrivningsstatus, det vil si sykehusletalitet. Registeret har ikke fått konsesjon fra Datatilsynet for å benytte personnummer og har derfor ikkemulighet for å beregne 30-dagersletalitet.

Tiden er nok nå moden for en større åpenhet med hensyn til operasjonsresultater (9). Det ville være naturlig for Norsk thoraxkirurgisk forening å ta fatt på denne saken, for eksempel ved ikke bare å presentere, men også forklare resultatene på Internett. Spørsmålet om å relatere resultatene til det enkelte medlem av teamet er vanskeligere. Ved Thoraxkirurgisk avdeling, Rikshospitalet, har vi gitt hver enkelt kirurg, anestesilege og perfusjonist anledning til å ta ut kvalitetsrapporter og dermed sammenlikne egne resultater med avdelingens gjennomsnitt. Det er avdekket forskjeller i letalitet, morbiditet og ressursforbruk (respiratortid, liggetid, blodforbruk etc.), men forskjellene er langt mindre enn forskjellene i pasientprofilene skulle tilsi. Langt på vei ser det ut til at høyrisikopasienten kommer relativt godt ut av sammenlikningen, fordi de opereres av de mest erfarne kirurger. Foreløpig har jeg vanskelig for å se at offentligheten kan være tjent med å få presentert individuelle resultater, men som ledd i intern kvalitetskontroll bør både den enkelte lege og avdelingsledelsen ha mulighet for en individuell vurdering. Man vil da itide kunne reagere på uakseptable avvik. Evaluering av avdelingsvise og individuelle resultater krever gode kvalitetsregistre.

På et møte i Statens helsetilsyn i juni 1999, med representanter fra fire av de største norske kvalitetsregistrene, kom det tydelig frem at etter hvert som registrene vokser, øker arbeidsbyrden, og problemene med finansiering kan true fortsatt arbeid. Norske myndigheter og sykehuseiere bør nå oppfordre fagmiljøene til å opprette og drive kvalitetsregistre, men samtidig innføre en mulighet for finansiering. Dette er en forutsetning som må være til stede før man kan stille krav til en regelmessig og åpen rapportering.

Jan L. Svennevig

Jan L. Svennevig (f. 1943) er avdelingsoverlege og professor og har vært ansvarlig for Norsk thoraxkirurgisk forenings sentralregister for hjertekirurgi siden opprettelsen i 1994.

LITTERATUR

1. Nitter-Hauge S, Abdelnoor M, Svennevig JL. Fifteen year experience with the medtronic-hall valve prosthesis. *Circulation* 1996; 94 (suppl II): 105-8.
2. Risum O, Abdelnoor M, Svennevig JL, Nitter-Hauge S, Levorstad K, Foerster A et al. Risk factors for early and late mortality in surgical treatment of coronary artery disease. *Cardiovascular Surg* 1995; 3: 537-44.
3. Parsonnett V, Dean D, Bernstein AD. A method of uniform stratification of risk for evaluating the results of surgery in acquired adult heart disease. *Circulation* 1989; 80: (suppl I): 3-12.
4. Higgins TL, Estafanous FG, Loop FD, Beck GJ, Blum JM, Paranaudi L. Stratification of morbidity and mortality outcome by preoperative risk factors in coronary artery bypass patient. *JAMA* 1992; 265: 2344-8.
5. Olsen B. Bristol-saken - et jordskjelv i britisk medisin. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 3183-5.
6. Westin S. Kirurger på tiltalebenken. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 3102.
7. Dyer C. Bristol doctors found guilty of serious professional misconduct. *BMJ* 1998; 316: 1924.
8. Sundar T. Hjertedata - for å lære eller besvære? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 2562-4.
9. Gulbrandsen P. Variasjon i dødelighet mellom sykehus må tas alvorlig. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 1418.

Publisert: 30. august 1999. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2025. Lastet ned fra tidsskriftet.no 28. desember 2025.