

## Verdens bedste sundhedsvæsen – har vi det ?

Sidste år jublede politikerne over at de nye regioners sundhedsvæsen fra 2007 vil give os verdens bedste sundhedsvæsen, kvalitet i verdensklasse. formanden Bent Hansen jubler med – Kvalitet-Kvalitet – kvalitet. Smileys som uddeles bygger på data fra LPR men de afspejler ikke virkeligheden.

Som bladene om efteråret hvirvler rundt i vinden således hvirvler ordet kvalitet rundt i medierne sundhedskvalitet, speciallæge selskabernes kliniske databaser, Landspatientregistret (LPR), kvalitets deklamationer, statsministeren siger ”kvalitetsreform” i en uendelighed.

Har vi kvalitet i behandlingen i sundhedsvæsenet? det ved vi ikke af den simple årsag, at de tal der indgår i statistikkerne er udtræk fra LPR og de er ikke valide. Årsagen hertil er flere. Det vil jeg vende tilbage til.

Der indberettes hundredtusindvis af data til LPR og de danner grundlag for statistikker vedrørende befolkningens sygdomsmønstre, hospitalernes effektivitet og kvalitet men også til politiske initiativer og resurse allokering.

LPR har eksisteret siden 1976 det administreres af Sundhedsstyrelsen.. Hospitalerne har pligt til at indberette til LPR. Alle patienter der indlægges eller behandles ambulant på sygehusene skal have koder for aktionsdiagnose , bidiagnoser og behandlinger. Validiteten af data i LPR afhænger af at disse koder er korrekte – det er de bare ikke!!!.

Principielt er det den læge der har patient kontakten på et givet tidspunkt der har pligt til at ”kode” det vedkommende har foretaget sig med patienten. Alene gynækologisk registreringsvejledning - er på 130 sider.

LPRdatas kvalitet bør testes ved at sammenligne rådata (journaler) med de registrerede koder i LPR – det er meget omstændeligt og derfor kun gjort i små stikprøve undersøgelser. En anden måde er at sammenligne antallet af en diagnose i LPR ex. inkomplet spontan abort med forskellige sandsynlige behandlinger disse patienter kan gennemgå. Så skulle tallene gerne stemme. Det gør de ikke. Så kan man lede efter de manglende patienter under andre nærliggende behandlingskoder – dem man finder her er fejlkodet.

En stor og grundig rapport -landspatientregisteret til kvalitetssikring i det gynækologiske speciale – fra 2001 brugte sidst nævnte metode.

Lad mig belyse validiteten med et par karakteristiske eksempler.

I år 2000 var der 5600 udskrivninger med diagnosen spontan abort. Det er en patientgruppe som alle læger på en gynækologisk afdeling kommer i kontakt med. En spontan abort kan være komplet eller inkomplet. Andelen af ikke komplette var 36% variationen 3%-72% mellem landets afdelinger er interessant. Kolding havde færrest af 118 patienter var kun 3 registreret som inkomplette sammenlignet med Roskilde der havde flest hvor 96 af 133 var inkomplette. Denne enorme forskel er ikke betinget af at de gravide i Kolding er anderledes end dem i Roskilde. Det er fejlkodning. En patient med en inkomplet abort vil normalt få foretaget en udskrabning, det var der 0% der fik i Esbjerg (43 patienter) men 57% (af 96 patienter) i Roskilde. Sådan er virkeligheden ikke, det ved vi. Ved at lede i andre koder ex. provokeret abort steg andelen der havde fået en udskrabning noget. Rapportens konklusion er at mindst 7% er fejlkodet. Nogen gange er det nødvendigt at foretage endnu en udskrabning fordi livmoderen ikke blev tømt helt ved den første udskrabning her er kodningen helt håbløs med over 90% fejlkodninger.

Hvordan ser det ud, hvis vi ser på registrering af en kræft diagnose.?

Kræft i livmoderens slimhinde er hyppig og er registreret hos 1.599 kvinder der har fået fjernet livmoderen på gynækologiske afdelinger i Danmark i perioden 1998-2000.

Afhængig af sygdommens udbredelse i livmoderen, æggestokke og bughulen inddeles den i 4 stadier. Stadietindelingen er meget vigtig at kende når prognoser og behandlingseffekt skal beregnes og vurderes.

Det fremgår af rapporten at 45% ikke fik kodet et stadium andelen varierer fra 2% i Skejby til 88% i Hvidovre. Begge afdelinger er store universitets afdelinger!. Ser man på aldersfordelingen er den også mærkelig gennemsnitsalderen i Odense er 59 år i Hvidovre 73 år.

Rapportens konklusion her er at LPR rummer gode muligheder for en grov produktionskontrol og kvalitetsvurdering. Forudsætningen for at dette kan gøres meningsfyldt er imidlertid, at afdelingerne bliver mere omhyggelige med at registrere primære operationskoder, herunder stadieforhold og komplikationer tidlige som sene. Det kan jeg kun være helt enig i.

Rapporten konkluderer også – at det snarere er reglen end undtagelsen, at der anvendes forkerte operationskoder.

Hvor stor er fejlkoden på aktionsdiagnosen? det ved vi ikke måske er de 1.599 kvinder med kræft i livmoderens slimhinde +/- 10% eller mere?

En rapport fra december 2004 – Projekt vedrørende datakvalitet i LPR – udarbejdet af Arkitektfirmaet C.F.Møller/sundhedsplanlægningsafdelingen har været et spadestik dybere – nede i rådata. Desværre har man ikke testet kliniske parametre men kun indlæggelsesmåde og henvisningsmåde. Man fandt fejl på henholdsvis 3% og 8%.

Udover LPR har de forskellige specialer deres egne ”kvalitets databaser” Gynækologerne har flere bl.a. en hysterektomi (fjernelse af livmoderen) database. Der skal udfyldes et spørgeskema der indeholder 100 spørgsmål !!! det fortæller at dem har konstrueret det, ikke aner hvilke der er key-parametre, det er uprofessionelt. Der ud over er nogle spørgsmål så komplicerede at der er alen lange forklaringer. Enhver der har kendskab til design af spørgeskemaer ved at efter mere end ti spørgsmål svinder koncentrationen. Validiteten af den database er højst tvivlsom og heller aldrig monitoreret.

I et Ph.D studie fra Ortopædkirurgisk afdeling O, i Odense har man stikprøvevis sammenlignet et udtræk på hoftenære frakturer i LPR og sammenlignet med hofteregisteret (ortopædkirurgernes database), der fandtes ca. 20% uoverensstemmelse.

Der er således ikke grund til at tro at disse ” kvalitets databaser” er mere valide end LPR, det hele ser noget miserabelt ud.

Hvorfor er det nu sådan? Det er et kultur problem, det er sjusk og en lavt prioriteret opgave. I tidens løb har kodesystemet udviklet sig eksponentielt, man ønsker flere og flere detaljer registreret, mange hvor det er svært at se den kliniske relevans. At finde de korrekte koder er tidrøvende, derfor er det ofte fristende at bruge de koder der allerede står på journalen. Bare der er en kode er sekretæren der indberetter dem tilfreds. Den administrerende overlæge som har ansvaret er enten ligeglad eller kan ikke trænge igennem – der er ingen repressalier til de ligeglade læger.

Hvis LPR nogen sinde skal kunne bruges til at sammenligne kvalitet og produktion mellem landets afdelinger skal der helt anderledes fokus på området. Anbefalingerne fra C.F.Møller rapporten er indlysende rigtige.

- At alle læger oplæres i klinisk meningsfuld kodning
- At der på hver klinisk afdeling udpeges en kodeansvarlig læge, at retningslinier og hjælpemidler opdateres og at der regelmæssigt gennemføres stikprøve- audits. Der skal være en registreringsansvarlig sekretær.
- At der på hvert sygehus skal findes en beskrivelse af registreringsprocessen
- At den beskrevne organisering vedr. patientregistreringen forankres i ledelsessystemet (afdelingsledelse, sygehusledelse, regionsledelse) og at patientregistreringen gives prioritet.

I den farmaceutiske industri har man i mange år arbejdet med konceptet Good Clinical Practice – guidelines der skal sikre at data fra kliniske studier, der rapporteres til registreringsmyndigheder, er valide. Ovenstående anbefalinger er grundpiller i dette koncept.

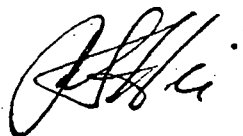
Den farmaceutiske industri bruger multi-millioner af kroner til monitorering af studier.

Der er ingen short-cuts til valide data i LPR og det koster.

Det er op til Bent Hansen og sundhedsministeren at vise power og drive for at gøre noget radikalt ved disse problemer, så vi der bidrager ca. 50 milliarder kr om året kan se om vi får valuta for pengene. Så har LPR måske om 10-20 år valide data.

Venlig hilsen

Poul Hée



---

Højbjerggårdsvej 17 DK-2840 Holte

Telefon: +45 4542 4883 Mobil +45 2320 0064

E-mail: [poul.hee@get2net.dk](mailto:poul.hee@get2net.dk)