

Tidsskrift for Den norske lægeforening

Gjør øvelse mester?

«Er operasjonen farlig, doktor?»
spurte pasienten engstelig.
«Ja,» svarte kirurgen,
«men ikke når jeg gjør den.»

Kirurgen kan ha dekning for sin selvsikkerhet, hvis han har lang øvelse. Både intuisjon og erfaring sier at man blir dyktigere med øvelse, og til slutt gjør øvelsen en til mester. Daglig ser vi bevis for dette. Vi ser barn som har lært seg å mestre utrolig kompliserte leker, vi ser toppalister som har trent seg opp til å danse ned en utforløype, og vi hører musikere som har øvd seg opp til virtuoser. Prestasjonene krever talent, men talentet er dyrket frem gjennom øvelse. Disse erfaringene er åpenbart viktige for en helse-tjeneste som behandler tusenvis av pasienter hver dag.

Helsedirektoratets fagråd for høyspesialiserte tjenester er oppnevnt for å drøfte eventuell spesialisering og sentralisering for kompliserte, sjeldne og kostbare tjenester. Diskusjonene i fagrådet gjentar seg fra sak til sak:

- Hva er argumentene for sentralisering? Bli resultatene bedre?
- Hva er argumentene mot sentralisering? Skaper det faglig ensidighet og arroganse? Bli reiseveien for lang for pasientene?

Ofte dreier diskusjonen seg om små pasientgrupper, f.eks. kirurgi hos blødere. Spørsmålet er om alle pasienter bør samles på ett sted for at dette ene stedet skal få tilstrekkelig øvelse og erfaring til å bli et kompetansesenter? Hvis alle skal være like gode, kanskje ingen blir gode nok?

Det generelle problemet kan formuleres slik. Er det noen sammenheng mellom volum og kvalitet i helsetjenesten? Hvis det er få pasienter med en bestemt lidelse, kanskje det lønner seg å samle dem på ett sted? Disse spørsmålene ble etter hvert så viktige at Det rådgivende utvalg for statlig styring av sykehustjenester (Heløe-utvalget) bad Helsedirektoratet nedsette et utvalg av erfarne leger til å gjøre en grundig gjennomgang av litteraturen. Utvalget har hatt Stener Kvinnsland som formann og Gunnar Sæter som sekretær – begge fra Det Norske Radiumhospital. Utvalget har skrevet en meget grundig innstilling som bør få klare konsekvenser for norsk helsetjeneste (1).

Utvalget har basert seg på internasjonal litteratur fra perioden 1982–92. Det har funnet frem til 309 artikler som drøfter disse spørsmålene – 132 med egne relevante data. Denne siste gruppen ble valgt ut for nærmere analyse. I en slik analyse trenger man harde, kvantitative mål for kvalitet, og utvalget samlet seg

om tre: dødelighet, komplikasjoner og funksjonstilstand. Slike mål er lettest å dokumentere for kirurgi og onkologi, og hele 86% av artiklene med relevante data stammer fra disse fagområdene. I analysene må man ta hensyn til at resultatene kan forstyrres av f.eks. ulik henvisningspraksis, aldersfordeling, tilleggsykdommer osv. (confounders). Hovedkonklusjonen er at det er en klar sammenheng mellom volum og kvalitet, dvs. at øvelse gjør mester. Sammenhengen er lettest å påvise for teknisk kompliserte prosedyrer og for behandling som krever samarbeid mellom mange spesialister. I kirurgien avhenger meget av den enkelte operatørs dyktighet og erfaring, og for enkelte operasjoner er derfor kirurgens personlige erfaring og øvelse (kirurgens volum) viktigere enn sykehusets samlede erfaring (sykehusets volum). Lærekurven kan være forskjellig for de enkelte prosedyrer. For noen når den raskt en terskelverdi, mens for andre fortsetter den å stige gjennom lang tid og mange inngrep. Som nevnt, er dokumentasjonen vanskeligere for de andre spesialitetene, men det er sannsynlig at konklusjonen har generell gyldighet.

Av og til kan man dokumentere at organisering og koordinering blir vanskelig ved de største sykehusene. Derfor kan man også oppleve at «small is beautiful», jf. den klassiske studien til Arne-

sen og medarbeidere (2), som viste at de samme kirurgene hadde færre komplikasjoner når de opererte i Rjukan sykehus enn i Ullevål sykehus. Dessuten kan den menneskelige kvaliteten i behandlingen bli bedre i mindre og tettere behandlingsmiljøer. Disse problemene har spesielt vært drøftet for små og store fødeavdelinger (3).

Kompliserte sykdommer, kanskje særlig kreftsykdommene, og store skader kan kreve fullstendige og detaljerte programmer for undersøkelse og behandling. Liten erfaring kan føre til både under-, over- og feilbehandling, fordi organisasjonen ikke har tilstrekkelig øvelse.

Øvelseseffekten kan påvises både ved å sammenlikne perioder ved samme sykehus og ved å sammenlikne samme periode ved forskjellige sykehus. Begge metoder viser at øvelse gir bedre resultater. Samtidig reiser slike undersøkelser et vanskelig og alvorlig statistisk problem. Når materialene er små, kan det være umulig å påvise statistisk signifikante forskjeller. Det betyr at det kan ta mange år å påvise at et sykehus som behandler få pasienter av en bestemt kategori, har dårligere resultater. Dette fører til et moralsk spørsmål om hvem som har bevisbyrden i slike tilfeller. Er det nok å vise til den generelle erfaringen at øvelse gjør mester, eller må man dokumentere statistisk at resultatene ikke er gode nok?

Hvilken betydning har disse erfaringene for det norske sykehusvesenet? Nivådelingen er basert på at sykehusene skal sende fra seg de pasienter de ikke har kompetanse og erfaring til å behandle. I stor utstrekning blir dette gjort, men mekanismer kan føre til at sykehusene beholder pasienter som egentlig burde vært sendt videre. Den ene mekanismen er gjestepasientordningen som kan føre til at pasienter ikke blir sendt videre av økonomiske grunner. Uttrykt i økono-

menes språk, er det skapt et økonomisk incentiv for å beholde pasientene i fylket. Den andre mekanismen er psykologisk. Mange norske sykehus – på alle nivåer – har en kultur som går ut på å klare seg selv og mestre de utfordringer som kommer. Det er meget godt i denne kulturen, men den har bivirkninger. F.eks. ble det utført 55 reseksjoner av oesophagus i 1991, og operasjonene ble utført ved 15 sykehus. Seks sykehus gjorde bare én slik operasjon (4). Det er rimelig å tro at disse pasientene burde vært samlet på færre hender.

Det er imidlertid tegn til at vi begynner å ta hensyn til at øvelse gjør mester. Ett eksempel er at tanken om arbeidsdeling mellom regionsykehusene begynner å vinne frem. En konsekvens av denne tankegangen er at det opprettes nasjonale kompetansesentre som samler ekspertise, utstyr, pasienter og erfaring. F.eks. tar Rikshospitalet transplantasjonene, Haukeland de store brannskadene, Ullevål den spesielle ablasjonsbehandlingen ved hjertearytmier, Trondheim fostermedisinen og Tromsø den spesielle diagnostikken ved medfødte muskelsykdommer. En slik arbeidsdeling i det nasjonale nettverket av regionsykehus vil samle erfaringer, bedre kvaliteten og også være økonomisk fordelaktig. Også innenfor enkelte fylker er det eksempler på fordeling av oppgaver mellom sykehusene, bl.a. lyskebrokk og brystkreft.

Det store og grundige materialet som nå er lagt frem, må drøftes på alle nivåer i sykehustjenesten. Det er nødvendig å godta at øvelse gjør mester, men denne erkjennelsen må ikke føre til en overdreven spesialisering. Små sykehus er nødvendige i norsk helsetjeneste, og de har faglige og menneskelige kvaliteter som må bevares. Samtidig må alle lære å se sin begrensning. Dette krever nemlig også mesterskap, jf. Goethes ord: «In der Beschränkung zeigt sich der Meister.»

I denne diskusjonen må vi prøve å legge til rette tre viktige forutsetninger. For det første må vi sørge for at økonomiske incentiver ikke hindrer at pasienter med spesielle og vanskelige problemer får optimal behandling. For det andre må spesialistutdanningen organiseres slik at legene trenes til å samarbeide over sykehusgrensene, og opplæringen må foregå med minimal risiko for pasientene. For det tredje må vi sørge for at vi har data som gjør det mulig å kvalitetssikre produksjonen ved de norske sykehusene. Dette krever et pasientregister som rommer diagnose, prosedyre, komplikasjoner, resultater og eventuell reinleggelse. Hittil er et slikt pasientregister avvist, først og fremst av hensyn til personvernet. I mine øyne er det et paradoks at personvernet hindrer registrering av data som sikrer behandlingskvaliteten – at personvernet hindrer pasientvernet.

Det er grunn til å gratulere Helsedirektoratet med initiativet og utvalget med innstillingen. Helsetjenesten har nå fått et grunnlag for å drøfte en viktig side av kvalitetssikringen i sykehusvesenet.

Peter F. Hjort

Avdeling for Samfunnsmedisin
Statens Institutt for Folkehelse
0462 Oslo

Litteratur

1. Kvinnsland S, Enger E, Evensen SA, Førde OH, Kufaaas T, Roland P et al. Innstilling om forholdet mellom pasientvolum og behandlingsskvalitet. Oslo: Helsedirektoratet, 1993.
2. Arnesen E, Reigstad A, Lie M. Operasjonskomplikasjoner ved et stort og et lite sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1981; 101: 443–8.
3. Kjølørød L. Jordmor der mor bor? En sosiologisk studie av jordmoryrket etter 1945. Rapport 16. Oslo: Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo, 1992.
4. Jørgensen S, Heggstad T, Lilleeng S, Backe B. Pasienter, prioriteringer og praksis. Bruk av sykehustjenester i Norge 1988–89. NIS-rapport nr. 5/1992, tilleggsdata. Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning, 1993.

○