

Hørings svar

Til Beretning til Statsrevisorerne om forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene

Fra Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark, Region Sjælland, Region Hovedstaden

Regionerne har læst Rigsrevisionens beretning til Statsrevisorerne om forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene og har en række bemærkninger hertil.

Overordnet er regionerne meget enig i, at der skal være fokus på at tilbyde samme høje kvalitet i forløbet til alle patienter uanset forskelle i sygdommens sværhedsgrad, konkurrerende lidelser og socioøkonomiske forhold. Det skal ske på en måde, hvor patientens ønsker inddrages i videst mulige omfang, og behandlingen således tilpasses den enkelte patient.

Beretningen viser, at patienter med svær sygdom og flere/svære konkurrerende sygdomme, oftest med høj alder, har øget risiko for genindlæggelser og død – sammenlignet med patienter med let grad af sygdommen, ingen andre sygdomme og måske yngre. Det er helt i overensstemmelse med den kliniske erfaring og hverdag, med lærebøger og med videnskabelig litteratur.

Rigsrevisionen konkluderer i beretningen, at disse "sundhedskonsekvenser" skyldes lav behandlingskvalitet, defineret som manglende opfyldelse af én eller flere procesindikatorer, og at opfyldelse af alle procesindikatorer markant vil forbedre resultaterne og markant reducere genindlæggelser og dødelighed. Regionerne finder disse konklusioner og argumentationerne bag fejlagtige.

Regionerne mener ikke, at opfyldelse af alle procesindikatorer er lig med en optimal behandling for den enkelte patient. Desuden peger registerundersøgelsen alene på en statistisk sammenhæng mellem genindlæggelse og dødelighed og antallet af opfyldte procesindikatorer. Regionerne mener ikke, at Rigsrevisionen på baggrund af registerundersøgelsen kan konkludere, at der er en årsagssammenhæng mellem manglende opfyldelse af procesindikatorer og øget dødelighed og genindlæggelse.

I det følgende uddybes ovenstående.

Overordnet om undersøgelsen samt metode

Rigsrevisionens beretning konkluderer, at regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet har ansvaret for, at patienter på hospitalerne ikke modtager samme behandlingskvalitet, hvilket for nogen patienter fører til øget genindlæggelse og død.

Regionerne mener ikke, at man i en undersøgelse af behandlingskvalitet, genindlæggelse og dødelighed kan isolere effekten af hospitalets indsats fra indsatserne andre steder i sundhedsvæsenet.

I overgangen fra indlæggelse til udskrivelse skal der være, og er der allerede, en dialog som skal sikre, at patientens behov varetages bedst muligt, under hensyn til bl.a. kognitiv formåen, boligforhold og økonomisk situation. Der er derfor tale om en kompleks sammenhæng mellem behandling på hospitalet og øvrige faktorer og sektorer, der påvirker den enkeltes sundhed.

Risiko for genindlæggelse og mortalitet kan derfor ikke isoleres til hospitalets indsats, mens patienten er indlagt. Mange andre faktorer har betydning for patientens risiko for genindlæggelse og død, herunder indsatsen i kommune og almen praksis samt patientens sundheds- og risikoadfærd.

Det er der ikke taget højde for i undersøgelsen. Derfor mener regionerne, at undersøgelsen mangler stærke forbehold i forhold til konklusionerne.

Derudover er det vigtigt at pointere, at registeranalysen kun ser på statistiske sammenhænge og således ikke årsagssammenhænge. Derfor mener regionerne, at beretningen bør afspejle, at man ikke på baggrund af registerundersøgelsen kan konkludere, at nogle patienter behandles bedre eller dårligere end andre. På samme måde kan det ikke konkluderes, at forskelle i antallet af opfyldte procesindikatorer medvirker til forskelle i dødelighed og genindlæggelser.

Ikke-optimal behandling og ulig behandlingskvalitet

Beretningen kritiserer, at en betydelig del af patienterne inden for sygdomskategorierne KOL, apopleksi, hjertesvigt og hoftenære frakturer ikke modtager "optimal behandling" af deres sygdom, og at der samtidig er uønskede forskelle i den behandlingskvalitet, som de bedst og værst stillede patienter modtager.

Regionerne mener, at disse konklusioner er baseret på et unuanceret grundlag, der ikke tager højde for den kliniske virkelighed.

For det første opstiller Rigsrevisionen sin egen definition af "optimal behandling" som opfyldelse af alle procesindikatorer. Regionerne mener ikke, at Rigsrevisionen hverken har kompetence eller bemyndigelse til at opstille definitioner for, hvad der er optimal behandling for den enkelte patient.

Den optimale behandling er generelt – og for den enkelte patient – baseret på en lægefaglig, individuel og konkret vurdering i mødet med patienten. Procesindikatorerne skal understøtte den lægefaglige og individuelle vurdering af patientens situation og behov. Det betyder, at det ikke nødvendigvis er alle procesindikatorer, der er relevante eller til gavn for den enkelte patient.

Regionerne mener derfor, at beretningen nærmere handler om, hvorvidt alle patienter får en standardiseret behandling. Derfor finder regionerne også, at begrebet "optimal behandling" ikke kan anvendes i beretningen.

For det andet kan der være mange berettigede grunde til, at ikke alle procesindikatorer opfyldes i det enkelte tilfælde. I undersøgelsen er de værst stillede patienter karakteriseret ved svær sygdom, høj alder og konkurrerende sygdom. Det giver et komplekst sygdomsbillede, som i nogle tilfælde skal behandles anderledes, end hvis der var tale om et mindre kompliceret sygdomsbillede. Det kan betyde, at nogle ellers normale tiltag ikke bliver sat i gang, fordi de vurderes som meningsløse for patienten eller endda kan medføre unødige gene for patienten.

Som eksempel er tre af indikatorerne for hjertesvigt medicin i form af betablokkere, ACE-hæmmere og aldosteron. En stor del af ældre patienter med svær konkurrerende sygdom får anden medicin, hvilket kan have indflydelse på lægens vurdering af, om patienten skal have ny medicin.

Ligeledes kan der være situationer, hvor det i behandlingen af en patient med hjertesvigt vurderes, at det ikke er relevant at opstarte fysisk træning, fx fordi patienten er i sidste stadie af sit liv eller for syg pga. konkurrerende sygdom. Netop denne pointe afspejler resultatet af registerundersøgelsen, da den finder, at

der er betydelige forskelle mellem de bedst og de værst stillede patienter i forhold til opfyldelsen af denne indikator. Og idet de værst stillede patienter netop er karakteriseres ved at være ældre mænd, med konkurrerende sygdom og svær hjertesvigt ved indlæggelse. Desværre afspejler konklusionerne i beretningen ikke denne pointe.

Endeligt kan manglende opfyldelse af procesindikatorer skyldes, at patienten har frabedt sig behandling.

Derfor mener regionerne, at der i beretningen bør tages kraftige forbehold for konklusionerne om uønsket behandlingskvalitet.

Øget genindlæggelse og dødelighed

Beretningen konkluderer, at forskellen i behandlingskvaliteten mellem de bedst og værst stillede patienter har negative konsekvenser for de værst stillede patienters risiko for genindlæggelse og dødelighed.

Regionerne mener, at denne konklusion fuldstændig overser, at nogle patienter naturligt er sværere at behandle end andre, og alt andet lige har en højere sandsynlighed for at blive genindlagt eller dø. Derudover mangler beretningen at tage højde for en række kliniske forhold.

Undersøgelsen har ikke ekskluderet de patienter, der døde under indlæggelse. Det betyder, at registerundersøgelsen også "forventer", at dødeligt syge patienter bør have alle procesindikatorer opfyldt. Det påvirker de statistiske resultater på den måde, at der vil være sammenhæng mellem risikoen for at dø og lav opfyldelse af procesindikatorer.

Det viser, at der ikke er taget højde for den kliniske virkelighed i undersøgelsen. I stedet er konklusionen alene baseret på en statistisk beregning, hvor det i øvrigt ikke er muligt i beretningen at se, hvilke faktorer der er taget med i den statistiske model.

Derfor mener regionerne, at konklusionen i beretningen bliver præsenteret med langt større sikkerhed, end den er berettiget til og uden de nødvendige forbehold.

Opfølgning på ulig behandlingskvalitet

Rigsrevisionen konkluderer, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad har taget initiativ til at sikre sig viden om uønskede forskelle i behandlingskvalitet. Og Rigsrevisionen anbefaler, at regionerne med mellemrum afdækker, om der er patienter med bestemte karakteristika, der i særlig grad ikke modtager optimal behandling.

Hertil skal regionerne bemærke, at regionerne ikke har hjemmel i persondatalovgivningen til samkøring af registre i daglig drift. Således har regionerne ikke juridisk mulighed for at identificere patienter med særlige behov på baggrund af sociale- og socioøkonomiske forhold. Kun i forbindelse med forskningsprojekter vil man kunne samkøre disse data, og kun efter særlig tilladelse til forskning fra Datatilsynet.

Regionerne mener derfor, at beretningen i stedet bør fokusere på de muligheder, regionerne har, for at undersøge disse forhold.

Sammenfatning

Regionerne anser ulighed i sundhed for et vigtigt tema, som vi skal blive bedre til at håndtere i hele sundhedsvæsenet. Det er et vigtigt fokus for regionerne, at alle patienter får den behandling, de har behov for.

I regionerne arbejder vi med at sikre den rette behandling til den enkelte patient, og behandlingen tilrettelægges på baggrund af patientens samlede situation, behov og ønsker. Tilgangen i det kliniske arbejde er således, at ikke alle patienter har behov for den samme behandling for at opnå de samme behandlingsresultater.

Regionerne mener på den baggrund, at Rigsrevisionens undersøgelse af ulighed i sundhed fra start har anlagt en skæv tilgang til emnet, idet man har valgt at se på statistiske sammenhænge mellem opfyldelse af procesindikatorer og risiko for genindlæggelse og død blandt patienter med forskellige karakteristika herunder socioøkonomiske karakteristika. Det har regionerne påpeget overfor Rigsrevisionen flere gange.

At beretningen har ændret titel fra "ulighed i sundhed" til "uønskede forskelle i behandlingskvalitet" imødekommer ikke denne kritik, da beretningen forsøger at komme med forklaringer på, hvorfor nogle patientgrupper er i større risiko for at blive genindlagt og dø ud fra en hypotese om, at sociale faktorer har betydning for den behandling, patienterne modtager på hospitalet.

Regionerne havde hilst viden om, hvordan regionerne kan blive bedre til at sikre mere lighed i sundhed velkommen. Men det er regionernes opfattelse, at denne undersøgelse desværre ikke er et bidrag til, hvordan man i det kliniske arbejde kan blive bedre til at sikre den rette behandling til den enkelte patient.