

# Forord

Den offentlige helsetjenesten angår oss alle, den er en av de viktigste bærebjelkene i det norske velferds-samfunnet, og har derfor en sentral plass i samfunnsdebatten. Den medisinske fagkunnskap og erfaring danner ryggraden i enhver organisering av helsetjenester. Legene har derfor et særlig ansvar – ikke bare overfor sine pasienter, men også overfor samfunnet når det gjelder å påpeke svakheter og problemer i helsetjenesten og komme med forslag til faglig funderte og effektive løsninger. For oss som har vårt daglige arbeid i helsetjenesten, er det lett å se at selv om mye er positivt, er det også mye som kan forbedres. Den norske lægeforening har i alle år tatt et medansvar i det norske helsevesen. Foreningen har også nedfelt i sin formålsparagraf ikke bare å fremme legeutdanningen og medisinsk faglig virksomhet, men også å fremme tiltak som er egnet til å bedre befolkningens helse og arbeide med helsepolitiske spørsmål.

Helsepersonellet er helsetjenestens viktigste ressurs. Vi trenger derfor en faglig god grunnutdanning og spesialisering av helsepersonell, samt aktiv forskning og kunnskapsutvikling. Sammen med hensiktsmessige lokaler, utstyr og kommunikasjonsmidler utgjør helsepersonellet de sentrale innsatsfaktorene for å skape gode helsetjenester. I tillegg må lovreguleringen, finansieringen og organiseringen av helsetjenesten støtte opp under utøvelsen av helsepersonellens profesjonelle kunnskap, samtidig som samfunnets behov for styring av helsetjenesten ivaretas.

Imidlertid må innsatsfaktorene *omsettes* til gode helsetjenester. Det betyr at rutiner og systemer rundt den konkrete pasientbehandlingen må være slik at innsatsfaktorene gir nytte til pasientene på en mest mulig effektiv måte. Dette er imidlertid et felt som ikke har stor plass verken i utdanningen av helsepersonell, eller som kan sikres gjennom utforming av rammevilkårene alene. Legeforeningens hovedbudskap i denne rapporten er at *faglighet* må ligge til grunn for å oppnå bedre kvalitet i spesialisthelsetjenesten. I dette inngår også målsettingen om at helsetjenestene blir sikrere for pasienten ved at feil og uheldige hendelser blir gjort tilgjengelig for læring. Slik kan man hindre at nye pasienter utsettes for tilsvarende uheldige hendelser.

Styrken i denne tilnærmingen ligger i at både helsepersonellens faglige kunnskap og de føringene som ligger i organiseringen, styringen og reguleringen av helsetjenesten inngår som premisser for forbedringsarbeidet. Vår felles målsetting om å skape best mulige helsetjenester for pasientene vil ikke nås hvis vi ikke finner effektive og samordnede løsninger som bygger på faglige vurderinger.

Da helseminister Ansgar Gabrielsen redegjorde for situasjonen i psykisk helsevern i Stortinget 11. april, berømmet han Legeforeningen og «gjennombruddsprosjektene». Han understreket behovet for at fagligheten i tjenesten styrkes:

*Jeg ser det som avgjørende for å lykkes med forbedringer i behandlingen av psykisk syke at fagligheten i tjenesten styrkes, og at betydning av ledelse vektlegges. Det er derfor viktig å sørge for både riktig arbeidsdeling mellom nivåene og sette et kraftigere fokus på faglig kvalitet.*

Dette er en anerkjennelse av Legeforeningens arbeid. Det viser at et engasjement for fagligheten i tjenesten kan få politisk gjennomslag. Vi foreslår i denne rapporten et nasjonalt løft for forbedringsarbeid som nettopp har som siktemål å heve kvaliteten ved den praktiske pasientbehandlingen. Vi utfordrer Stortinget, Helse- og omsorgsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, pasientforeningene og profesjonsorganisasjonene til et nasjonalt løft for forbedringsarbeid i den norske helsetjenesten.



Hans Kristian Bakke  
Oslo, 12. juni 2005

# Innhold

1	<b>Innledning</b> .....	6
2	<b>Hva er faglighet?</b> .....	8
3	<b>Faglighet i møtet med den enkelte pasient</b> .....	10
3.1	Møte i travlhetens tid .....	11
3.1.1	Legens kommunikasjonsferdigheter, tid og rom .....	11
3.2	Profesjonsetikk under press .....	14
3.2.1	Sterkere bevissthet om profesjonsetikk .....	15
3.3	Samhandling til pasientens beste .....	16
3.3.1	Samhandling innad i spesialisthelsetjenesten .....	16
3.3.2	Samhandling mellom tjenestenivåene .....	17
3.3.3	Hvordan sikre god implementering? .....	20
4	<b>Kompetanse i kontinuerlig forbedring</b> .....	21
4.1	Faglighet gjennom livslang læring .....	21
4.1.1	Kompetanseutvikling er et eieransvar .....	23
4.2	Forskning .....	24
4.3	Kvalitetsarbeid .....	25
5	<b>Et nasjonalt løft for forbedringsarbeid</b> .....	26
5.1	Faglighet: Kunnskap og prosess .....	26
5.1.1	Pasientsikkerhet .....	28
5.2	Styrke fagligheten gjennom læringsnettverk .....	29
5.2.1	Nasjonal satsing på kontinuerlig forbedringsarbeid i helsetjenesten .....	31
6	<b>Faglighet og rammevilkår</b> .....	31
6.1	Finansieringsordningen .....	32
6.2	Prioritering i helsetjenestene .....	33

# Legeforeningens trepunkts program for økt faglighet i spesialisthelsetjenesten

Legeforeningen har vært en klar pådriver og støttespiller til sykehusreformen. Samtidig har vi helt siden våren 2001 fremhevet behovet for at de strukturelle reformene måtte etterfølges av en innholdsreform som tar utgangspunkt i det faglige innholdet i tjenesten. Dette budskapet er blitt enda viktigere i løpet av de siste fire årene. Fra våre medlemmer får vi alarmerende mange meldinger om at helseforetakene retter oppmerksomheten mot andre hensyn enn faglige vurderinger av hva som er til pasientenes beste.

## 1. Faglighet til pasientens beste

Pasienten først! er et viktig slagord i norsk helsepolitikk. Men det blir et slagord uten innhold dersom pasienten ikke har et faglig kompetent personale ved sin side, at hensiktsmessige rutiner og prosesser er etablert rundt pasientbehandlingen, og at rammebetingelsene legger til rette for å kunne yte en god faglig tjeneste.

- Sykehusene må tilrettelegge for møtet mellom lege og pasient på en bedre måte enn i dag. Riktig og tilstrekkelig bruk av helsepersonellens tid og egnede rom er sentralt for god dialog, sikker diagnostikk og riktig valg av behandling.
- Den enkelte pasient må sikres behandling på rett nivå til rett tid. For å bedre samhandlingen må praksiskonsulentordning innføres ved alle kliniske sykehusavdelinger hvor den er relevant.
- Legers profesjonsetikk er under press. Legeforeningen vil ta initiativ til at medisinsk etikk blir en del av spesialistutdanningen med forankring i klinisk praksis.

## 2. Faglighet og kompetanse i kontinuerlig forbedring

Moderne sykehus er avanserte kunnskapsbedrifter der kunnskapen må fornyes for å holde tritt med medisinsk-faglig utvikling og for å møte

befolkningens etterspørsel etter moderne tjenester. Gjennom mange år har undervisning, supervisjon og forskning vært forsømte områder.

- En fast andel (mellom 5 og 10 %) av finansieringen til helsetjenesten må gå til forskning og utdanning for å sikre at vi har kompetanse til å møte fremtidens utfordringer.
- Midler til utdanning og forskning må være aktivitetsbasert/resultatbasert og fremkomme i egne budsjetter.
- Ved omorganiseringer i helsetjenestene må også hensynet til utdanning av leger og spesialister vektlegges.
- Det må etableres systemer som ivaretar pasientens sikkerhet.

## 3. Et nasjonalt løft for forbedringsarbeid

De strukturelle reformene er i hovedsak på plass – nå må oppmerksomheten rettes mot systematisk forbedringsarbeid og kvalitetssikring av innholdet i tjenesten. Erfaringer fra flere gjennombruddsprosjekter har vist at forbedringsarbeid nytter.

- Legeforeningen utfordrer alle aktuelle aktører til å bli med i et nasjonalt partnerskap for kontinuerlig forbedringsarbeid i spesialisthelsetjenesten.
- Dette arbeidet må ha nasjonal karakter – sykehuseier må gi nødvendig støtte til arbeidet, på samme måte som i Sverige og Danmark.
- Forbedringsarbeidet må forankres i ledelsen og drives frem nedenfra. Målet må være å bli flinkere til å gjøre det vi faktisk vet vi bør gjøre.

Norge har gjennomgående et godt helsevesen, men for oss som har vårt daglige virke i sektoren er det lett å se at det kan gjøres mer for å bedre kvaliteten og lette pasientenes situasjon. Formålet med denne rapporten er å rette oppmerksomheten mot kvalitet og innhold i spesialisthelsetjenesten. Det er etter vårt syn helt nødvendig å identifisere sentrale forbedringspunkter og i større grad sikre en virksomhet som bygger på faglige vurderinger.

Selv om spesialisthelsetjenesten får stilt mer penger til rådighet enn noen gang tidligere, sliter helseforetakene med store budsjettunderskudd og opparbeidet gjeld. Det siste året har utallige presseoppslag tegnet et bilde av en spesialisthelsetjeneste som svikter de svakeste pasientgruppene. Legeforeningen får alarmerende mange meldinger fra medlemmer om at helseforetakene retter oppmerksomheten mot hensyn som bl.a. økonomiske innsparinger i en slik grad at det setter faglige vurderinger til side. Sykehusleger melder om at medisinsk-faglige premisser stadig oftere taper når tjenestetilbud skal defineres eller endres.

Dette bekymrer Legeforeningen. Når medisinsk-faglige vurderinger taper terreng, rammes pasienter og pasientbehandling. Særlig går det ut over svake pasientgrupper som eldre og kronisk syke. Det bekymrer også at rammevilkårene for helseforetakene ikke alltid fremmer et faglig velfundert tjenestetilbud, men kan styre beslutninger i en retning som svekker kvaliteten. Et eksempel kan være når lønnsomme pasienter blir prioritert fremfor andre med alvorligere og mer tidkrevende diagnoser. Pasientens behov må være utgangspunkt for all behandling og kjerne i all pleie. For Legeforeningen er høy faglig kvalitet, åpenhet og dialog nøkkelord for en helsetjeneste som fremmer respekt og verdighet og styrker pasientens autonomi.

Legeforeningen har vært en tydelig pådriver og støttespiller til sykehusreformen så vel som til psykiatrisatsingen, de nye helselovene, innsats-

styrt finansiering og fastlegereformen. Både hver for seg og samlet har reformene bidratt til klarere ansvarlinjer og bedre utnyttelse av ressursene. Men allerede da vi våren 2001 ga vår støtte til sykehusreformen, fremhevet vi behovet for at de strukturelle reformene måtte etterfølges av endringer som tar utgangspunkt i det faglige innholdet i helsetjenesten. Vi er bekymret for at dette langt på vei er uteblitt. De regionale helseforetakene skal ha honnør for sin vilje til å satse på forskning. Det er likevel nødvendig med en langt sterkere vektlegging av faglig kvalitet og prioritering for at potensialet i sykehusreformen skal bli utløst.

Det medisinsk-faglige fundamentet for spesialisthelsetjenesten er i stadig forandring som følge av kunnskapsutvikling. Vi har en stor utfordring med hensyn til å endre praksis i tråd med ny og sikker kunnskap. For å stå rustet til dette, må helsepersonell kontinuerlig fornye sin kompetanse. Kvalitetsforbedring og krav til faglig innhold i tjenesten må derfor få økt og vedvarende oppmerksomhet. Gode rammebetingelser for faget og for faglig utvikling står etter vårt syn ikke i motsetning til effektivitet og økonomisk bevissthet, snarere tvert i mot – satsing på kvalitet er kostnadseffektivt.

Legeforeningen ønsker å rette oppmerksomheten i forbedringsarbeidet mot den konkrete pasientbehandlingen. Det er det faglige innholdet i helsetilbudet til pasienten – og prosessene og rutinene rundt pasientkontakten – som er avgjørende for kvalitet. Prosesser som er pasientnære og som påvirker pasientens forløp gjennom helsetjenesten, trenger et særlig løft. Vi mener derfor at det videre arbeidet med å skape et forbedret faglig innhold i oppfølgingen av eierskapsreformen bør rettes mot tjenestetilbudet til den enkelte pasient.

I dette perspektivet må kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid ha utspring i klinisk praksis, samt baseres på innsikt i prosess- og systemtenkning, såkalt forbedringskunnskap. Det er helt

nødvendig for at vi skal klare å implementere ny kunnskap om bedre diagnostikk og behandling, og for å redusere utilsiktede variasjoner i behandlingen som tilbys pasientene. Samtidig må arbeidet forankres i ledelsen. Vi trenger et nasjonalt løft i arbeidet for forbedring hvor de berørte parter, Sosial- og helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten og aktuelle profesjonsforeninger, aktivt trekkes med. Pasientene er, gjennom pasientforeninger, en naturlig del av dette partnerskapet. Pasientforeningene må sikres offentlig støtte slik at de kan arbeide uavhengig.

Pasientsikkerheten må også ivaretas. Legeforeningen vil arbeide for et nasjonalt meldesystem for feil og uheldige hendelser. Det er viktig at systemet ikke innebærer sanksjoner overfor den som rapporterer. Alle relevante aktører i helsetjenesten bør delta i utviklingen av et slikt meldesystem.

En moderne helsetjeneste krever samspill mellom ulike helsepersonellgrupper som utfyller hverandre i behandlingsskjeden. I rapporten ser

vi spesielt på faglighet ut fra legens perspektiv. Rapporten er delt i seks kapitler. Innledningsvis beskriver vi Legeforeningens forståelse av begrepet faglighet. Derne belyser vi faglighet i møtet med den enkelte pasient og i et pasientforløp, og i forhold til kompetanse. I kapittel 5 fremmer vi forslag om et nasjonalt løft for arbeid med kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten, og i kapittel 6 ser vi på hvordan helsetjenestens rammebetingelser kan bidra til å hemme eller fremme utøvelsen av god faglig virksomhet.

Det er foreslått mange gode tiltak for å forbedre helsetjenestene, men de peker ofte på endringer i organisering og regulering av virksomhetene. Vi mener at forbedringsarbeid må bli en integrert og kontinuerlig del av helsetjenestenes virksomhet, slik at potensialet i organisatoriske tiltak og lovregulering kan utløses og samordnes med faglige vurderinger på en bedre måte. Metodikken som ligger i gjennombruddsprosjektene representerer bindeleddet mellom helsepersonellens kunnskap, holdninger og ferdigheter, og en god og hensiktsmessig utforming av helsetjenestens rammebetingelser.

## Hva er faglighet?

– Hva er denne fagligheten? Hver gang jeg spør leger om hva faglighet er, får jeg 20 ulike svar, utbrøt leder av sosialkomiteen, John Alvheim, i et møte med Legeforeningen våren 2004.

Ja, hva er faglighet, sett med legeøyne? Og hvilke faktorer legger Legeforeningen vekt på i bruken av begrepet? De fleste leger vil ha en oppfatning om hva ordet rommer. Faglighet består likevel av så mange dimensjoner og elementer at det er vanskelig å komme med en entydig definisjon av begrepet. Derfor vil den som spør også kunne oppleve å få ulike svar. Målet for faglighet er imidlertid helt klart: Å yte best mulig helsetjeneste for pasienten.

Faglighet favner det kunnskapsbaserte innholdet i helsetjenesten. Samtidig omfatter det langt mer: Medisinsk faglighet bygger på ferdigheter, erfaringer, holdninger og etisk bevissthet som den enkelte lege tilegner seg gjennom praktisering av faget. Slik Legeforeningen ser det, er det særlig tre sentrale elementer som kjennetegner medisinsk faglighet: Profesjonsetikk, medisinsk-faglig kunnskap og kompetanse, og legens personlige ferdigheter.

I medisinen må man hele tiden gjøre verdivalg. Profesjonsetikk handler om å identifisere og analysere de verdier som styrer valgene, og å velge det som er best for pasienten. For at leger skal få tillit fra pasienter og samfunn, er det avgjørende at helsepersonell har en levende og aktiv profesjonsetikk. Profesjonsetikken er utformet i Etske regler for leger. Profesjonsetikken omfatter normative vurderinger som strekker seg fra møtet med den enkelte pasient til helsepolitiske vurderinger på samfunnsnivå. Etske regler stiller krav om at legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. De fastslår at pasienten har rett til informasjon om sin egen helsestilstand og behandling, og rett til innsyn i egen journal. Profesjonsetikken presiserer at legen kun skal ta i bruk behandlingsmetoder som er forsvarlige, som har grunnlag i viten-

skapelige undersøkelser eller medisinsk erfaring, og som også stiller krav til at legen vedlikeholder og fornyer sine kunnskaper. Samtidig skal en lege også ta hensyn til samfunnets økonomi i sitt valg av behandlingsmetoder.

Den etiske forpliktelsen viser seg også i hvordan legeprofesjonen bør fremstå som organisasjon. Hvis befolkningen oppfatter at andre interesser veier tyngre enn de medisinsk-faglige, vil berettigelsen og gjennomslagskraften til organisasjonen bli svekket. I dette ligger at profesjonen må være uavhengig av både legemiddelindustri, myndigheter og media.

Legens medisinsk-faglige kunnskap og kompetanse bygger på en felles kunnskapsbase som har allmenn aksept i fagmiljøet. Kunnskapen er basert på klinisk så vel som basal forskning. Medisinsk kunnskap utvikles og oppdateres kontinuerlig for å forbedre kvaliteten på behandling og forhindre uheldige hendelser. Leger tilegner seg medisinsk kunnskap og kompetanse i en livslang læringsprosess: Først gjennom seks år med grunnutdanning og halvannet år turnustjeneste, så gjennom videreutdanning til spesialist. Dernest gjennom erfaring fra klinisk arbeid og etterutdanning. For å holde et medisinsk-faglig høyt nivå, er leger avhengige av kontinuerlig vedlikehold og oppdatering av kompetanse, kunnskap og ferdigheter.

I helsetjenesten er kunnskap et fellesgode. Derfor handler faglighet om at den enkelte lege tar sin del av ansvaret for å bringe kunnskap, ferdigheter og holdninger videre til nye leger og ivaretar deres faglige utvikling. Mye av kunnskapen som en lege tilegner seg skjer ved erfaringsoverføring fra mer erfarne leger. I medisinen er det lang tradisjon for mester-svenn-forhold som basis for læring av nødvendige ferdigheter. Det vil si at yngre leger under utdanning lærer under oppsyn og veiledning av eldre leger. I dette perspektivet er det også viktig at erfarne leger står frem som gode rollemodeller når det gjelder å

skape en kultur som bidrar til åpenhet og læring rundt feil og uheldige hendelser i helsetjenesten.

Medisinsk kompetanse handler i stor grad om personlige ferdigheter og egnethet. Det vil si at legen har evne til å forstå og se den enkelte pasients unike situasjon, og omsette sin medisinsk-faglige kunnskap og kompetanse til behandling og omsorg for nettopp denne pasienten. Legen skal se etter helsesvikt hos pasienten og gjøre tekniske inngrep, men også stimulere pasientens iboende ressurser og gi livsmot. Det krever at legen står på to bein, et biomedisinsk fagbein og et empatisk menneskebein<sup>1</sup>. En vesentlig del av mester-svenn-relasjonen handler om å utvikle disse ferdighetene

God faglighet viser seg i samvirket mellom god og oppdatert kunnskap, innlærte ferdigheter og evnen til etisk refleksjon. Vi kan kalle det profesjonell kunnskap. I et vellykket samvirke mellom disse tre elementene vil pasienten kunne møte en etisk bevisst og kompetent fagperson som er engasjert, forståelsesfull og som har respekt for pasienten. En lege bør se pasientens unike situasjon, og vurdere pasientens tilstand i forhold til oppdatert medisinsk kunnskap.

Selv om leger flest har en oppfatning om hva faglighetsbegrepet rommer, kan det oppstå situasjoner der medisinsk-faglige argumenter står mot hverandre. Dette kommer for eksempel til uttrykk når faglige synspunkter veies for og imot funksjonsfordeling, nedlegging av lokalsykehusfunksjoner m.v. På den ene siden kan det argumenteres for at sentralisering gir større og sterkere fagmiljøer som sikrer høy spesialisert kompetanse. På den annen side er det faglige argumenter for å beholde helsetjenester i lokalsamfunn hvor folk bor, og et tilbud som er tilpasset hva pasienter med vanlige og sammensatte sykdommer trenger; generalistkompetanse. Dette dilemmaet vil man ikke komme utenom.

Det skal heller ikke underslås at leger, bevisst eller ubevisst, kan miste profesjonsetikken av syne og bruke medisinsk-faglige argumenter for å nå andre mål enn best mulig helsetjeneste for

pasienten. Faglighetsbegrepet kan farges av engasjement for egen spesialitet, sykehusavdeling og lokalsamfunn så vel som geografisk, politisk, religiøs og kulturell tilhørighet. Dette skaper en utfordring for Legeforeningen som organisasjon, som må arbeide for at det tydelig fremgår hva som er faglige premisser og hva som har andre begrunnelser.

## Et bredere perspektiv på faglighet

Et moderne helsevesen er utenkelig uten samvirke mellom ulike helsepersonellgrupper. Faglighet kommer derfor til uttrykk på flere områder, som for eksempel i organisering og ledelse av det tverrfaglige samarbeidet rundt pasienten og i utvikling av team-ferdigheter. Dette forutsetter kompetanse i kommunikasjon og forståelse av gruppeprosesser, og i planlegging, dokumentasjon og forbedring av de tjenestene vi yter. Det fordrer også evne til å se og forstå egen virksomhet i en bredere kontekst. Det vil si å kunne se andre virksomheter innenfor egen institusjon, så vel som å se egen virksomhet i et større perspektiv.

I den nasjonale strategien for sosial- og helse-tjenesten, «...og bedre skal det bli»<sup>2</sup> er kjennetegnene på god helsetjeneste beskrevet slik:

- De er virkningsfulle
- De er sikre og trygge
- De involverer brukere og gir dem innflytelse
- De utnytter ressursene på en god måte
- De er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Kjennetegnene bygger på en samfunnsforståelse som det er bred helsepolitisk enighet om, og som inngår i faglighetsbegrepet. Dette er mål som lar seg operasjonalisere og måle.

Slik Legeforeningen ser det, omfatter faglighet kvalitet i selve utøvelsen av helsetjenesten. Dette omfatter god samhandling mellom helsepersonell og nivåer som sikrer en sammenhengende kjede av helsetjenester og trygg overføring av ansvar og oppgaver.

Kompetanse i å forbedre rutiner og prosesser rundt pasientbehandling kalles forbedringskunnskap. Dette er en relativt ny kunnskapsgren som innebærer å kunne analysere systemer og prosesser, iverksette og dokumentere endring, effektivt implementere ny kunnskap, samle og utnytte lokal kunnskap som idébank for gode endringsforslag, arbeide tverrfaglig og inspirere medarbeidere til å engasjere seg i endrings- og

forbedringsarbeid. Dette er kjerneelementer i en faglig virksomhet.

Å formidle kunnskap om moderne forbedringsarbeid er en avgjørende del av arbeidet med å styrke fagligheten i medisinsk virksomhet. Det er nødvendig for vår egen læring, for å sikre dokumenterte og trygge tjenester, og for at medisinske fremskritt kommer pasientene til gode.



Helsetjenestens kjerneoppgaver er pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, utdanning av helsepersonell og forskning. Møtet mellom pasient og lege står helt sentralt for å kunne gi god helsehjelp til pasienten. Det er i dette møtet at medisinsk faglighet kommer til uttrykk og har sin verdi. En viktig side av møtet er å skape trygghet og tillit slik at pasienten kan stole på at legen kan sitt fag og bryr seg om pasienten. I tillegg til å finne ut av pasientens plager og eventuell sykdom, må legen søke kunnskap om pasientens livssituasjon for å gjøre en god vurdering av videre utredning og behandling.

Møtet har endret karakter i takt med endringer i samfunnet og medisinsens utvikling. Tidligere var sykehistorien og kommunikasjonen med pasienten stort sett det eneste grunnlaget for diagnosesetting. Legen selv og hans eller hennes yrkeserfaring var det viktigste redskapet. Dagens leger henter i tillegg støtte i laboratorieundersøkelser, billeddiagnostikk og andre diagnostiske hjelpemidler. Både pasientens og legens rolle er forandret – legen er ikke lenger den paternalistiske beslutningstaker, men møter ofte godt informerte pasienter i gjensidig dialog. Innføringen av pasientrettighetene har bidratt til at dagens pasienter deltar i beslutningene om utredning og behandling i større grad enn tidligere. Mange pasienter kjenner rettighetene sine, og har også omfattende kunnskap om sin sykdom. Pasientens medvirkning vil trolig bli enda sterkere de nærmeste årene. Medisin dreier seg ofte om avveininger mellom ulike alternativer, intet tiltak er utelukkende nyttig og alle behandlingsforslag medfører risiko for uønskede utfall og bivirkninger. Det er rimelig og ønskelig at pasientens vurderinger kommer frem og blir tatt hensyn til før pasient og lege i fellesskap kan treffe en god beslutning. Dette er en positiv utvikling, skjønt betydningen av brukermedvirkning vil variere etter hva det skal fattes beslutning om. Når det for eksempel står om livet i en akutt situasjon, vil brukermedvirkning ha liten

betydning. Samtidig ligger det implisitt i pasientrollen at når man oppsøker helsetjenesten, så er det fordi man ikke selv kan løse problemene. Det er heller ikke alle som ønsker en like aktivt medvirkende rolle. Som pasient eller pårørende må man kunne stole på at helsepersonellet tar det medisinske ansvaret.

## 3.1 Møte i travelhetens tid

*På vår avdeling registrerer vi ofte pasienter og pårørende gråtende – som følge av egen eller næres sykdom, redsel, dårlige nyheter og liknende – uten at vi kan ta oss tid til å stoppe. Utsagnet stammer fra en overlege og en avdelingssykepleier ved ett av landets sykehus, og beskriver hvordan en ung mor ble mottatt hvis ektefelle var innlagt med symptomer som kunne ha en alvorlig forklaring. Etter én uke på avdelingen, hadde kvinnen ennå ikke fått noen samtale med helsepersonell<sup>B</sup>.*

Henvendelser til pasientombudene og til Norsk Pasientforening viser at det er et stykke igjen før gjensidig dialog er en riktig beskrivelse av møtet mellom pasient og helsepersonell. Tvert i mot opplever mange pasienter og deres pårørende at kommunikasjonen med helsepersonellet svikter og at informasjonen de får er mangelfull eller dårlig. Den kan være motstridende og ufullstendig slik at pasientene ikke får nødvendig innsikt i sin helsetilstand eller innholdet i og konsekvenser av behandlingen. Språkproblemer vil ytterligere forsterke dette. I pasientombudenes årsmeldinger fremgår at det ofte blir brukt fagterminologi i svar til pasienter. Pasienter beskriver utskrivningssituasjoner hvor det kun blir gitt overfladisk informasjon og hvor det ikke er tid til å stille spørsmål. Det kan også oppstå kommunikasjonssvikt i forhold til hva pasienter og pårørende forklarer til legene. Fortsatt gir mange pasienter uttrykk for en opplevelse av ikke å bli tatt på alvor, og etterspør helsepersonellens evne til å lytte til de erfaringer pasient og pårørende har.

*En kvinne ble operert etter en bruddskade i hånden. Hun hadde fortsatt store smerter lenge etter operasjonen. Hun gikk til polikliniske kontroller og følte at hun ikke ble hørt eller godt nok forstått av oppfølgende lege. Hun opplevde at legen verken hadde tid eller forståelse for hennes beskrivelse av situasjonen. Hun hadde sterke smerter i hånden, men ble avvist med følgende utsagn fra legen: Du skal ikke ha vondt nå<sup>4</sup>.*

Mangelfull informasjon skaper utrygghet og irritasjon, og fører til at pasienter ikke føler seg ivaretatt. I verste fall blir det et kvalitetsproblem hvis behandlingen betinger aktiv medvirkning fra pasientens side. Utfordringen knyttet til informasjon og kommunikasjon er også større ved at dagens pasientbehandling er avhengig av at pasienten møter et tverrfaglig team som i fellesskap skal gi pasienten et helhetlig tilbud. Dette stiller krav til at de yrkesgrupper som er involvert samordner sin kommunikasjon og informasjon til pasienten.

Tid er et knapphetsgode i sykehushverdagen. Helsepersonellets hverdag er ofte for travel til å bruke nødvendig og tilstrekkelig med tid på møtet med pasienten. Pasienter opplyser at de ikke vil være til bry for travelt opptatt helsepersonell, og pårørende gjør forgyves forsøk på å få en samtale med en behandler. Effektivitetskrav knyttet til økonomi og behandlingsvolum kan i verste fall endre forutsetningene for at helsetjenesten bruker tid på rett måte sammen med pasienten. Behovet for rask avvikling av ventelister og optimalisering av inntjening gjennom finansieringssystemet kan komme i konflikt med kvaliteten på diagnostisering og ordinerings av behandling. I institusjonshelsetjenesten mangler det egnede rom som er avskjermet for samtaler mellom pasient og lege.

### **3.1.1 Legens kommunikasjonsferdigheter, tid og rom**

Det er legens ansvar at møtet med pasienten preges av en trygg og tillitsfull atmosfære. Det fordrer toveis kommunikasjon. Det vil si at begge parter er aktivt med i samtalen. I praksis innebærer det at legen snakker *med* pasient og pårørende, og ikke bare *til*. Det føles ikke bra når legen snakker til pasienten med blikket rettet mot pc-skjermen, eller avspiser pasienten med en samtale i korridoren. Det er også en del pasienter som opplever at leger opptretter arrogant og uhøflig.

I en artikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforening i 2001, uttrykte professor Peter F. Hjort bekymring for at helsepersonell mangler empati<sup>5</sup>. Mange greier ikke å komme i dialog med pasienter og deres pårørende. Hjort skiller mellom helsepersonell som har og ikke har grepet.

Å ha grepet betyr å ha:

- Faglig kompetanse og engasjement
- Naturlig trygghet på seg selv, faglig og menneskelig
- Menneskelig innsikt og engasjement
- Intuisjon, taus kunnskap
- Evne og vilje til å informere og kommunisere
- Tid for pasienten
- Vennlighet, sjenerøsitet – empati
- Kontinuitet

Kommunikasjon er helt sentralt for å ha grepet. Det er en utfordring for leger og Legeforeningen å fremme bevissthet om hvordan en for travel hverdag kan gå ut over kvaliteten i kommunikasjonen med pasienter og pårørende.

*En kvinne fikk fjernet indre organer i forbindelse med sykdom og operasjon. Hun savnet informasjon om konsekvensene av dette. Ombudet skrev brev til seksjonsoverlegen og ba om uttalelse i saken. Seksjonsoverlegen tok kontakt med kvinnen og spurte om hun i stedet ville komme til samtale med kirurg og ernæringsfysiolog. Kvinnen gjorde dette, og fortalte at hun var godt fornøyd med samtalen<sup>6</sup>.*

Informasjon er grunnlaget for at pasientene skal ta aktivt del i behandlingen og oppfølgingen av den. Lovfestede rettigheter til informasjon understreker hvor viktig det er med god pasientinformasjon. Men formidling og deling av informasjon med pasient og pårørende tar tid. Hvis informasjonen fra legen skal ha nytteverdi, må den tilpasses den enkelte pasient. Det er ikke nok med lovfestet rett til økt vektlegging av informasjon dersom det ikke settes av tid til dette i møtet mellom pasient og lege.

Legeforeningens forskningsinstitutt foretar med jevne mellomrom undersøkelser som blant annet avspeiler utviklingen av legers tidsbruk. I perioden fra 1994 til 2002 viser dataene at det samlet sett har skjedd en forskyvning av hva sykehusleger bruker arbeidstiden til. Lengden på arbeidstiden for sykehuslegene har ikke endret seg, men det er økning i tid brukt til møter, telefonsamtaler, dokumentasjon og administrasjon, og nedgang i tid brukt til direkte pasientarbeid. Tall fra 2004 tyder på at trenden holder seg (upublisererte tall, Legeforeningens forskningsinstitutt).

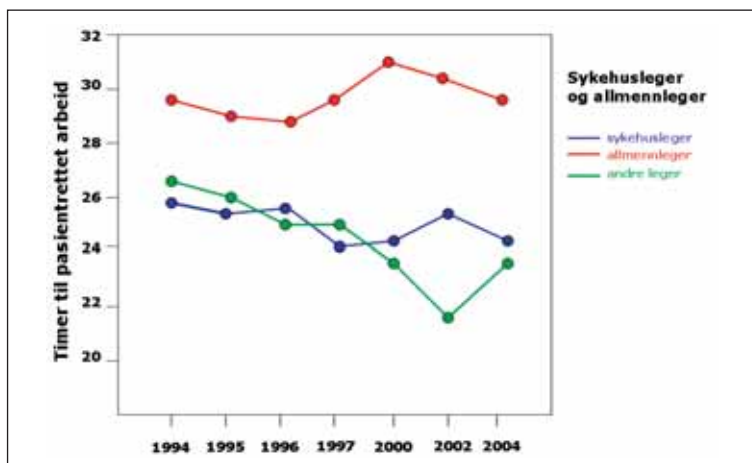
*Utvikling av legers bruk av tid på direkte pasientkontakt.*

*(kilde: Legeforeningens forskningsinstitutt)*

Selv om man må ta i betraktning at så vel møter, telefonsamtaler og dokumentasjon ofte er indirekte pasientrettet arbeid, er Legeforeningen bekymret over denne utviklingen. En moderne medisinsk hverdag preget av diagnostisk teknologi, elektronisk informasjon, standardisering og handlingsprogrammer, gir mange muligheter for effektiv diagnostisering og behandling. Men i kjølvannet følger en fare for at man mister den menneskelige siden av møtet mellom pasient og lege av syne. Derfor er det viktigere enn noen sinne med tilstrekkelig og riktig bruk av tid for pasienten.

Hver pasient er unik og kan ikke diagnostiseres eller behandles etter standarder alene. For hver enkelt må det tas hensyn til forhold som kan ha stor betydning for diagnose og valg av behandling. Dette er faglig skjønnsom som kun kan ivaretas hvis legen får tilstrekkelig tid til vurdering og samtale med pasienten. Tilstrekkelig tid til samhandling er nødvendig for å stille en presis og sikker diagnose, og for å gi individuelt tilpasset behandling.

Samtalen mellom pasient og lege omfatter personlig informasjon av til dels svært følsom karakter. Av hensyn til og respekt for pasientenes integritet, og av hensyn til legens utøvelse av sitt fag, er det viktig at møtet foregår i omgi-



velser som er skjermet for forstyrrelser. Likevel er det unntaket snarere enn regelen ved norske sykehus. Selv om en pasient har behov for å snakke med lege i enerom, finner slike samtaler ofte sted på flersengsrom, i korridorer eller på venterom, ofte med andre pasienter og helsepersonell til stede<sup>7</sup>. Dette åpner ikke for en god dialog på pasientens premisser.

Legeforeningen mener at pasientens tid med legen må inngå som et viktig og selvstendig element i behandlingshverdagen. Bruken av tid kan være vanskelig å måle i forhold til behandlingseffekt i et komplekst pasientforløp som omfatter alle typer helsepersonell og ulike behandlingseenheter. Tilstrekkelig og rett bruk av tid er imidlertid helt nødvendig for å gi et effektivt og helhetlig helsetilbud til pasienten.

Legeforeningen mener det må være et krav at spesialisthelsetjenesten har egne rom som egner seg for samtaler mellom lege og pasient.

### 3.2 Profesjonsetikk under press

Profesjonsetiske regler er et verktøy som skal sikre at de verdimessige sidene av faget medisin – å lege, å lindre, å trøste – blir ivaretatt av dem som utøver faget. Det innebærer at leger selv setter faglige standarder for hva som er god medisin og hva slags verdier medisinen skal bygge på. Profesjonsetikken legger også en plikt på standen til å reagere på og rydde opp ved uakseptabel praksis hos enkeltleger. Profesjonsetikken er grunnleggende i tillitsforholdet som bør råde mellom pasienter, samfunn og legestand. Tilliten bygger nettopp på at leger har en levende profesjonsetikk og vilje til selvjustis. Bare da kan pasienter og samfunn stole på at rådene som leger gir bygger på vurderinger om hva som er til beste for pasienten og for samfunnet, og at

hensynet til dette blir satt over andre interesser.

Det er særlig tre sterke drivkrefter som setter profesjonsetikken under press: Snever økonomisk styring ut fra et forenklet sett av målsettinger for helsetjenesten, et lovverk som ikke er i samsvar med god faglig praksis og at legers innsats for å holde profesjonsetikken levende kan svikte.

Det er en grunnleggende målsetting at ressurser omsettes mest mulig effektivt for å kunne tilby en god helsetjeneste til befolkningen. Det er imidlertid grunn til bekymring hvis effektivitetskravene knyttes opp mot forenklede måltall som ikke treffer kjerneoppgavene for helsetjenesten. Samtidig må ikke insentivstrukturene oppmuntre til at virksomheten dreies fra helsetjenestens overordnede målsettinger og mot andre hensyn. Det er god grunn til å hevde at dagens økonomiske styring av helsetjenesten kan forbedres på disse punktene. Vi har sett flere eksempler på at diagnoser systematisk blir feilkodet for å oppnå større inntekter til sykehuset. I en kronikk i Dagbladet<sup>8</sup> skriver kardiolog og tidligere leder av Rådet for legeetikk, Knut Rasmussen: «Nå, i krisetider, må jeg imidlertid begynne å skille mellom de pasientene som lønner seg og de som ikke lønner seg. De som ikke lønner seg, må jeg sette på venteliste, forsøke å få overført til en annen institusjon eller la dø i fred. Vi har med andre ord latt det utvikle seg en diskrepans mellom de økonomiske styrings-systemer som skulle inspirere til effektivitet i helsetjenesten og våre nasjonale og medisinske idealer om prioriteringsetikk.»

Den økonomiske styringen og finansierings-systemet må kontinuerlig evalueres i forhold til om den støtter opp under målsettingene for helsetjenesten.

Regulering gjennom lover og forskrifter har fått økt omfang og innflytelse over den medisinske hverdagen. Det er positivt av pasientene har fått styrket sine rettigheter. Retten til å medvirke i viktige valg rundt liv og helse er et sentralt prinsipp i den medisinske etikken. Samtidig må

man være bevisst faren for en skjev utvikling ved at det er de ressurssterke pasientene som klarer å benytte seg av rettighetene. Dette stiller leger og samfunn, som spesielt skal ta seg av de svakeste pasientene, overfor store utfordringer. Det er også grunn til bekymring hvis leger vender seg mot lovverket for å få svar på hva som er god medisinsk praksis. Lover og forskrifter angir kun en rettslig grense for hva som er forsvarlig praksis og hva som er minimumsløsninger i pasientbehandling. Men sentrale, profesjonsetiske idealer som engasjement i den enkelte pasient, tillit, empati, omsorg og respekt, kan ikke rettighets- eller regelfestes. Disse kvalitetene må fremmes av standen selv.

Leger kan også utgjøre en trussel for profesjonsetikken gjennom manglende selvjustis. Utfordringene i forhold til dette kommer kanskje klartest til uttrykk i samhandling mellom leger og legemiddelindustrien, selv om legestanden har laget et klart regelverk for slik samhandling. Hvis leger setter etiske regler til side i sin iver etter å øke egen inntjening – eller opptrer som feilfrie forvaltere av sannhet – undergraves tilliten til at det er pasientens og samfunnets beste som styrer medisinsk praksis. Et problem som kanskje har større omfang er at leger ikke er bevisst den påvirkningen de blir utsatt for, og handler ukritisk i forhold til den informasjonen som blir presentert fra industrien. Vi skal ikke undersøke at etisk problematiske forhold vel så ofte blir satt på dagsorden av kritikk utenfra, som av legestanden selv. Rådet for legeetikk melder at det ofte er dårlig deltakelse på kurs om etiske problemstillinger i medisinsk praksis. Studier av norske leger viser at det er svak tradisjon for å ta opp ubehagelige etiske dilemmaer, uheldige hendelser og liknende med kolleger<sup>9</sup>. Ikke desto mindre tyder pågangen av leger som henvender seg til Rådet for legeetikk på at legers behov for rådgivning vedrørende spørsmål av prinsipiell art er stor, og at profesjonsetikk er viktig i mange legers bevissthet.

### 3.2.1 Sterkere bevissthet om profesjonsetikk

Det er behov for å styrke legenes etiske bevissthet. Et tiltak for å oppnå dette, er økt oppmerksomhet om etiske problemstillinger i utdanningen av leger. Medisinstuderter får hovedsakelig undervisning i medisinsk etikk i 1. semester, på et tidspunkt i utdanningen da de har få referanserammer å sette kunnskapen inn i. Sett fra Legeforeningens ståsted, er det også behov for at medisinsk etikk får plass i spesialistutdanningen med forankring til klinisk praksis.

Et annet virkemiddel er etablering av kliniske etikk-komiteer. Per 1.2.2005 er det etablert 30 kliniske etikk-komiteer ved norske sykehus<sup>10</sup>. Komiteene er tverrfaglig sammensatt av helsepersonell med klinisk kompetanse og kompetanse i klinisk medisinsk etikk. Kliniske etikk-komiteer skal bidra til å høyne kompetansen i medisinsk etikk for å kunne identifisere, analysere – og om mulig løse – etiske problemstillinger knyttet til pasientbehandling. Komiteene skal fremme dialog om etiske problemer og dilemmaer, samt gi råd og utgjøre en arena for refleksjon. Komiteene skal bidra til en bevisstgjøring om ressursbruk og prioritering og bidra til at pasienter og pårørendes møte med sykehuset blir best mulig. Komiteene utgjør en beslutningsstøtte i diskusjoner om etiske problemer, men har selv kun en rådgivende funksjon.

Legeforeningen mener at kliniske etikk-komiteer er et godt tiltak for å øke bevisstheten om etiske problemstillinger. Legeforeningen støtter opp om departementets styringssignaler om at alle sykehus skal ha klinisk etikk-komité<sup>11</sup>. Komiteene bidrar til bevissthet om problemstillinger som går ut over rent medisinsk-faglige og klinisk-etiske problemstillinger, og tematiserer blant annet også forholdet mellom fag, økonomi og fordeling av helsetjenester. Det er likevel et dilemma at møtene i de kliniske etikk-komiteene ofte blir nedprioritert av leger fordi de ikke finner tid til dette i en travel sykehus-

hverdag. Legeforeningen mener at etisk bevissthet er en helt sentral del av legers faglighet, og leger må i større grad benytte seg av denne arenaen for etisk refleksjon sammen med andre yrkesgrupper. Imidlertid kan ikke kliniske etikk-komiteer erstatte alle uformelle arenaer for etisk refleksjon. Et økt press på helsepersonellet har ført til at de uformelle arenaene for faglig diskusjon har blitt færre. Upubliserte tall fra Legeforeningens forskningsinstitutt viser at under halvparten av arbeidsplassene har arenaer hvor man regelmessig diskuterer dramatiske hendelser, feil og uhell for at alle skal kunne lære av hverandres erfaring. Dette antallet er for lavt.

Samhandling med legemiddelindustrien er et område hvor det kan oppstå gråsoner hvor profesjonsetikken settes på prøve. Legemiddelindustriforeningen og Legeforeningen har derfor utarbeidet retningslinjer som skal regulere forholdet mellom legemiddelprodusenter og leger. Avtalen omfatter blant annet at industrien ikke skal medvirke ved godkjente kurs i videre- og etterutdanning av leger, og at ansatte leger skal ha arbeidsgivers godkjenning for å delta på arrangementer i legemiddelindustriens regi.

### 3.3 Samhandling til pasientens beste

Fagligheten er ikke sikret ved at den enkelte lege eller helsepersonell har bevissthet om profesjonsetikk, høy faglig kompetanse og ferdigheter. Pasienten møter et samlet helsevesen, noe som innebærer kontakt med helsepersonell fra flere profesjoner, ulike sykehusavdelinger, og helse-tjenester på tvers av tjenestenivåer. For å sikre at pasienter får helhetlig og sammenhengende behandling av høy faglig kvalitet på riktig nivå, og for å sikre at ressurser og kompetanse utnyttes effektivt, er det nødvendig med god samhandling både innad og mellom tjenestenivåene. God faglighet fordrer med andre ord at helsetjenestene som system fungerer bra.

Det er godt kjent at samhandlingen i overgangen mellom ulike tjenestetilbud og innad i spesialisthelsetjenesten svikter. Mange av klagenes som pasientombudene mottar, handler om at den ene hånden ikke vet hva den andre gjør. Først og fremst svikter samhandlingen i overgangen mellom ulike tjenestetilbud. Dette gir dårligere behandlingskvalitet og dårligere pasientopplevd kvalitet. Samtidig fører det til ineffektiv bruk av ressursene gjennom dobbeltarbeid og dårlig utnyttelse av helsepersonells kompetanse.

Undersøkelser har vist at 38 % av pasientene over 75 år ved indremedisinske avdelinger ligger lenger på sykehus enn hva som er medisinsk nødvendig fordi de venter på utskriving<sup>12</sup>. Til sammen lå utskrivingsklare pasienter om lag 90 000 døgn på norske sykehus i 2003<sup>13</sup>. Andre undersøkelser viser igjen at opptil 30–40 % av innleggelsene i sykehus kunne ha vært unngått hvis samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten hadde vært bedre<sup>14</sup>. Dette viser at det ligger en betydelig gevinst i å forbedre samhandlingen mellom tjenestenivåene, både med hensyn til den faglige kvaliteten ved behandlingen til den enkelte pasient, og mer effektiv bruk av ressursene.

Utviklingen i spesialisthelsetjenesten går i retning av at avdelinger og seksjoner i sykehus isoleres til spesifikke medisinske problemstillinger, og at ulike funksjoner fordeles mellom sykehusene. Dette skaper utfordringer i forhold til å ivareta akuttinnlagte pasienter med uavklarte behov, og pasienter som trenger behandling ved ulike avdelinger. Det er også særlige utfordringer knyttet til pasienter med flere og/eller kroniske sykdommer. For at disse pasientgruppene skal få et godt faglig helsetjenestetilbud uten unødig og belastende ventetid, er koordinering og samarbeid avgjørende. Det er derfor behov for å bedre organiseringen og den praktiske tilretteleggingen av helhetlige pasientforløp både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom tjenestenivåene.



Bedre samhandling mellom tjenesteniivåene har vært et mål i en årrekke. Organiseringen av sykehus i foretak representerer forbedrede rammebetingelser på en rekke områder, men det er fremdeles et stort potensial for å bedre samhandlingen. Myndighetene har innført flere ordninger som tar sikte på å bedre samhandling og kontinuitet, som for eksempel pasientansvarlig lege og individuelle planer. Tiltakene er i hovedsak organisatoriske løsninger eller endringer av lovreguleringen, men hittil har innføringen og bruken av ordningene i stor grad vært mangelfull. Etter Legeforeningens syn, skyldes dette både manglende oppfølging på ledernivå og lite hensiktsmessige rammevilkår for samhandling. Men kanskje i like stor grad skyldes dette liten evne til å endre gjeldende praksis, holdninger og kultur blant ulike profesjonsgrupper, administrasjon og ledelse. Legeforeningen mener at for å utnytte mulighetene som tiltakene åpner for, må de følges opp med forbedringsarbeid som direkte knyttes til de konkrete arbeidsoppgavene i virksomhetene.

### 3.3.1 Samhandling innad i spesialisthelsetjenesten

*En mann ble innlagt søndag kveld i kirurgisk avdeling med frisk blødning fra tarmen. Han fikk blodoverføring, og det ble rekvirert undersøkelse av tarmen til neste dag. Påfølgende dag ble det ikke gjennomført noen tarmundersøkelse. Pasienten fikk beskjed om at undersøkelsen skulle settes opp påfølgende dag. Ny lege ved visitten dagen etter etterlyste undersøkelsen som på nytt uteble. Slik fortsatte det hver dag hele uken. Hver dag kom det en ny lege som uttalte at tarmundersøkelsen skulle ha vært utført. Mannen fikk totalt fire poser blod i løpet av uken. Han ble utskrevet fra sykehuset fredag uten å ha blitt undersøkt nærmere. Han fikk beskjed om at undersøkelsen var uteglemt og ble bedt om å oppsøke egen lege for å få henvisning til poliklinisk undersøkelse senere<sup>15</sup>.*

I dag er det ingen instans som har ansvar for å koordinere utredning og behandling på tvers av avdelinger, sykehus eller foretak. Ett viktig tiltak for å gi bedre kontinuitet og samordning av behandling innad i sykehus, er ordningen med pasientansvarlig lege. En pasientansvarlig lege skal sikre at den enkelte pasient og pårørende har et klart definert kontaktpunkt ved behandling ved sykehus. Med pasientansvarlig lege har også fastlegen og andre hjelpeinstanser en person som kan sikre god informasjonsutveksling ved innskriving og etter utskriving fra sykehus.

Legeforeningen mener at det må være et krav at alle pasienter har en pasientansvarlig lege når de behandles på sykehus. Pasienter med sammensatte lidelser vil kunne ha svært stor nytte av ordningen. Pasientansvarlig lege vil bidra til bedre kommunikasjon mellom de ulike behandlingsledd i spesialisthelsetjenesten, som igjen vil gi bedre kvalitet på behandlingen og mer effektiv utnyttelse av ressursene. I tillegg vil pasientansvarlig lege kunne være en viktig kontakt for fastlegen og bidra til bedre samhandling mellom tjenesteniivåene. Sykehusene må sørge for at det utarbeides instruksjoner som beskriver oppgaver, ansvar og fullmakter for den pasientansvarlige legen. I dette ligger også rutiner for samarbeid og oppfølging på tvers av avdelinger.

Ordningen er obligatorisk, hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven som trådte i kraft 1.1.2001. Det er institusjonens ansvar å legge forholdene til rette for at den etableres og praktiseres i tråd med hensikten. Likevel er det for mange sykehus som ikke benytter ordningen. Dette kan blant annet skyldes at organiseringen av vaktssystemene ved norske sykehus gjør det vanskelig å få til en god, praktisk gjennomføring av ordningen. Det

kan også være at leger i sykehus opplever at tiltaket er til liten nytte for pasientene, og dermed oppfatter det som unødig byråkratisering som ikke blir prioritert. Det faktum at ordningen ikke er tatt i bruk på bred basis eller føles omstendelig, er ikke et godt argument for å begrense eller nedlegge ordningen. Det er et klart behov for et kontaktpunkt for pasienter og pårørende som kan gi informasjon om behandlingsforløpet, og ikke minst til pasientens faste lege.

### 3.3.2 Samhandling mellom tjenestenivåene

*En pasient i 70-årene, som nylig hadde hatt slag, ble utskrevet fra sykehuset men måtte reinnlegges etter ett døgn. Sykehuset sa at pasienten hadde behov for rehabiliteringsopplegg. Kommunen hadde ikke plass i rehabiliteringsavdeling, og kunne heller ikke tilby korttids plass. Kommunen tilbød hjemmebaserte tjenester. Det hadde ikke vært kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. De pårørende følte seg hjelpeløse i forhold til å skaffe pasienten forsvarlig og tilfredsstillende oppfølging<sup>16</sup>.*

Pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester har etter pasientrettighetsloven rett til individuell plan. Dette er et av de viktigste tiltakene for å bedre pasientbehandlingen på tvers av nivåer og sektorer. Hensikten med individuell plan er at pasientene skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Individuelle planer skal bidra til aktiv brukerdeltakelse, større trygghet og forutsigbarhet for brukeren. Videre skal planen avklare ansvarsforhold og sikre samordning, koordinering og samarbeid både i forvaltningen og med bruker og eventuelt pårørende.

Ansvar for å utarbeide individuell plan er ikke lagt til én enkelt instans, men er pålagt kommunen i henhold til lov om kommunehelsetjenesten, helseforetaket i henhold til lov om spesialisthelsetjenester og institusjonen etter lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. I veilederen for individuell plan på-

pekes det at kommunen er et naturlig forankringspunkt for planarbeidet. I den grad det er naturlig å starte prosessen i spesialisthelsetjenesten, bør dette gjøres i samarbeid med kommunen.

Helseforetakene har plikt til å utarbeide individuell plan for pasienter med langvarige og sammensatte behov for tjenester. Likevel er ikke individuell plan på langt nær blitt innført i den utstrekning som man burde forvente. Det er blitt påpekt at individuell plan er for omstendelig og ikke fungerer som et godt arbeidsverktøy. Ansvar for å utarbeide individuell plan er ikke tydelig plassert, og det etterlyses større deltakelse fra fastlegene. Innføring av individuell plan har heller ikke vært prioritert av ledelsen i tilstrekkelig grad. Samhandlingsutvalget<sup>17</sup> foreslår at informasjonsarbeidet om retten til individuell plan må styrkes, samt at kommunen skal ha et entydig ansvar for å utarbeide individuelle planer. Samtidig må regelverket harmoniseres slik at alle relevante instanser kan inngå i planene.

Et annet sentralt tiltak for å bedre rutiner og samordning mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, er ordningen med praksiskonsulenter. Praksiskonsulenter er allmennleger som har en deltidsstilling ved en sykehusavdeling. Ordningen bidrar til dialog mellom leger og annet helsepersonell på de to tjenestenivåene, og gir dermed økte muligheter for å styrke samarbeidet. Praksiskonsulentene skal være rådgivere for avdelingsledelsen og skal bidra til en systematisk forbedring av det pasientnære samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Samtidig skal praksiskonsulentene ha kontakt med allmennlegene og gi råd til disse, for eksempel gjennom allmennlegeutvalgene i kommunene.

Arbeidsoppgavene til en praksiskonsulent vil være den pasientnære delen av et forløp mellom kommunal helsetjeneste og spesialisthelsetjeneste og informasjonsflyten mellom disse. Praksiskonsulentordningen har en viktig rolle når det



gjelder kvalitetssikring av henvisninger og epikriser. Møter mellom allmennleger og sykehusleger er viktig for å skape forståelse og respekt for hverandres arbeid.

Per i dag er det etablert praksiskonsulentordning ved ti sykehus/sykehusavdelinger, og flere er under etablering. Legeforeningen er svært fornøyd med at de regionale helseforetakene og Legeforeningen i januar 2005 kom frem til en rammeavtale for en nasjonal ordning for praksiskonsulenter. Hittil har ikke ordningen hatt et omfang som gjør det mulig med en bred evaluering med hensyn til samhandlingsgevinster på nasjonalt nivå. Erfaringer fra Danmark og Sverige tilsier at ordningen er et godt tiltak for å bedre samhandling både på system- og individnivå. Tilsvarende erfaringer er gjort ved de enkeltstående ordningene i Norge<sup>18</sup>.

Legeforeningen mener at praksiskonsulentordningen må innføres ved alle kliniske sykehusavdelinger hvor det er relevant. En studie om samarbeid mellom allmennleger og akuttmottak ved somatiske sykehus<sup>19</sup> viser at bedre samarbeid gir bedre faglig kvalitet på helsetjenestetiltak og bedre samarbeidsmiljø mellom sykehusleger og allmennleger. Blant annet førte samarbeid ved akuttinnleggelse til at legene oftere kom frem til en felles forståelse av hva som var det medisinske hovedproblemet, hvilke andre problemer man burde ta hensyn til og hva som ut i fra en helhetsvurdering av pasient og situasjon var riktig tiltak. Allmennleger ble tryggere, noe som førte til færre sykehusinnleggelse.

Erfaringene fra praksiskonsulentordningen peker på at gjensidig forståelse av kultur og praksis er nødvendig for å skape et godt samarbeidsklima. Faglig veiledning er også en sentral del av dette.

I følge lov om spesialisthelsetjenester er helsepersonell i spesialisthelsetjenesten pålagt å gi råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er nødvendig for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine lovpålagte oppgaver. Plikten omfatter alle ansatte i statlige helseinstitusjoner, samt lege- eller psykologspesialister som mottar driftstilskudd. Veiledning skal gis både på eget initiativ fra spesialisthelsetjenesten og etter anmodning fra kommunehelsetjenesten.

Den lovpålagte plikten etterleves ikke i ønsket utstrekning. Det er problematisk at veiledningsplikten er knyttet til helsepersonellet og ikke til institusjonene. Dette kan føre til at det ikke finnes noen samlet styringsmessig forankring av oppgaven. Finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten legger heller ikke til rette for å drive veiledning. De er knyttet til innlagte eller innskrevne pasienter; veiledning overfor kommunehelsetjenesten finansieres ikke særskilt. I følge lovverket omfatter veiledningsplikten alle forhold som knytter seg til undersøkelse, behandling, pleie, omsorg eller rehabilitering av pasienter. Det er likevel påpekt at det er uklart hvilke krav og forventninger som kommunehelsetjenesten kan stille til spesialisthelsetjenesten når det gjelder veiledning. Plikten praktiseres forskjellig mellom de ulike foretakene og kommunene.

Det har vært etterlyst egnede arenaer for å oppnå bedre forståelse for ulike kulturer og holdninger mellom tjenestenivåene og mellom ulike faglige enheter. Det er viktig å få frem allmennlegenes synspunkter når det gjelder hva som fungerer og ikke fungerer i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten, og på hvilke konsekvenser som endringer i spesialisthelsetjenestestrukturen kan få for befolkningen og kommunehelsetjenesten. Denne kunnskapen benyttes i altfor liten grad. Endringer i spesialisthelsetjenesten bør gjøres i samråd med primærhelsetjenesten. Etter fastlegeavtalen skal fast-

legene i en kommune ha et allmennlegeutvalg som skal bidra til nødvendig samarbeid mellom fastlegene i kommunen. Legeforeningen mener at allmennlegeutvalgene kan brukes som adresse for fastlegene i en kommune og benyttes til å overvåke og bedre samhandlingen med spesialisthelsetjenesten.

Legeforeningen mener at veiledningsplikten så vel som hospiteringsordninger bør være gjensidige og en naturlig oppgave for alle deler av helsetjenesten. Det vil være fornuftig å endre lovbestemmelsene slik at det er virksomheten, og ikke helsepersonellet, som er ansvarlig for veiledningen. Samtidig bør innholdet i plikten presiseres slik at det tydelig fremgår at veiledning skal gis både med hensyn til enkeltpasienter og til generelle veiledningstiltak som kommer grupper av pasienter til gode. Det må stilles midler til rådighet for å understøtte dette arbeidet. Samtidig bør det innføres likelydende lovbestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven om gjensidig veiledningsplikt.

God samhandling forutsetter at de ulike tjenestenivåene har klart definerte ansvarsområder. Spesialisthelsetjenesten må ivareta de oppgavene som ikke kan løses av kommunehelsetjenesten. Dette er nødvendig både ut fra et ressursperspektiv (LEON-prinsippet), og ut i fra at pasientene skal være trygge på hvilket nivå som til enhver tid har ansvaret. Det har vært et problem innenfor psykiatriske poliklinikker at pasienter og fastleger ved henvisning til spesialisthelsetjenesten har forventet at pasienten skulle få tilgang til kompetanse på et mer spesialisert medisinsk nivå. Dette har ikke alltid vært tilfelle. Legeforeningen har registrert at denne praksisen

er i ferd med å forlates innen psykiatrien. Det er viktig at slike forhold ikke får en utbredelse i somatiske helsetjenester.

### 3.3.3 Hvordan sikre god implementering?

Det er god grunn til å tro at tiltak som individuell plan, pasientansvarlig lege og praksiskonsulenter kan bidra til å forbedre pasientforløpene innad i spesialisthelsetjenesten. Men organisatoriske endringer er ikke tilstrekkelige alene. Det er ofte behov for å gjøre et mer omfattende arbeid for å identifisere flaskehals i konkrete pasientforløp som er knyttet til de enkelte sykehusenhetene. Organisatoriske løsninger – som beskrevet ovenfor – må derfor følges opp med konkrete metoder for implementering for å sikre en god forankring i ledelsen og blant helsepersonellet.

Et eksempel på en tilnærming for å drive kvalitetsarbeid for å bedre samhandling, er tverrfaglig analyse av pasientforløp (TAP)<sup>20</sup>. Dette er en metode for å identifisere og beskrive problemstillinger og å forbedre områder hvor tjenestetilbudet svikter. Metoden er egnet for å få oversikt over komplekse prosesser og kan avdekke effektivitetstap, bruken av kunnskapsbaserte medisinske metoder og om tiltakskjeden er hensiktsmessig. TAP er ikke en forskningsmetode, men brukes til praktisk kvalitetsforbedring innenfor de utførende enhetene. Aktuelle problemstillinger som metoden kan benyttes til er ventetider, unødig tidsbruk, valg av diagnostikk og behandling, dobbeltundersøkelser, rett behandlingsnivå, informasjonsflyt, samarbeid internt og mellom sykehusavdelinger, primærsektor og spesialistsektor. Datainnsamling og systematisering krever ingen spesiell forskererfaring, men kan utføres av medarbeidere som har fått innføring i metoden. Resultatene blir vurdert av dem som utfører diagnostikk og behandling. Dette sikrer en kort vei mellom erkjennelse av problemene og mulighetene for å endre praksis.

En annen metode for forbedringsarbeid er gjennombruddsprosjekter. Legeforeningen har stor tro på at denne metoden kan bidra til forbedring av samhandlingsprosesser i helsetjenesten. Metoden er nærmere beskrevet i kapittel 5.

Legeforeningen mener at det er et stort behov for å koble generelle og overordnede organisatoriske tiltak til et praksisnært forbedringsarbeid som er forankret i virksomhetene selv. Uten en slik kobling står forslagene om nye organisatoriske løsninger i fare for ikke å bli treffsikre i forhold til de praktiske problemstillingene som de enkelte utførende enhetene står overfor. Hvis ikke tiltakene oppleves som meningsfulle, vil det være vanskelig å endre atferden til de berørte profesjonsgruppene. Det videre arbeidet med samhandling innad i spesialisthelsetjenesten bør derfor støttes ytterligere opp gjennom å stille ressurser og rammevilkår for konkret og praksisnært forbedringsarbeid til rådighet. Disse prosessene må være ledelsesforankret i den enkelte virksomhet, slik at kompleksiteten ved pasient-

forløp som går på tvers av avdelinger og enheter kan fanges opp i sin fulle bredde.

Det er et lederansvar å innføre organisatoriske løsninger for å bedre samhandling i sykehusene. Løsningene som velges må ha et faglig utgangspunkt og representere enkle praktiske løsninger for fagpersonellet. Det er utviklet verktøy innen forbedringsarbeid som kan sørge for kontinuerlig evaluering av virksomheten, identifisere svikt og sikre læring blant personellet. Legeforeningen mener at denne type forbedringsarbeid må styrkes slik at ledelsen og de enkelte enhetene selv kan forbedre sin daglige praksis. Dette er en helt nødvendig oppfølging av de mer generelle og overordnede organisatoriske tiltakene som er skissert i bl.a. NOU 2005: 3 *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.*

## Kompetanse i kontinuerlig forbedring

Spesialisthelsetjenesten består av avanserte kunnskapsbedrifter hvis viktigste ressurs er helsepersonell med høy faglig kompetanse. Dagens leger står overfor en situasjon hvor utviklingen innen faget fører til at kunnskapen blir stadig raskere utdatert og behovet for etterutdanning øker. For å holde tritt med den medisinsk-faglige utviklingen og for å kunne møte befolkningens etterspørsel etter moderne tjenester, må kunnskapen hos helsepersonell kontinuerlig fornyes. Kompetansebygging og utdanning av leger og annet helsepersonell er tidkrevende prosesser, men avgjørende for at helsetjenesten skal kunne tilby god pasientbehandling. Kompetansen bør bygge på forsknings- og erfaringsbasert kunnskap som er forankret i faglige og profesjonelle verdier. Gode og sterke forskningsmiljøer, innen basalforskning så vel som klinisk forskning, er grunnleggende viktig for å bygge kunnskap, formidle kunnskap, og for å anvende kunnskapen i en profesjonell ramme.

### 4.1 Faglighet gjennom livslang læring

*En 66 år gammel kvinne brakk armen. Det ble tatt røntgen og hun fikk opplyst at det var et fint brudd. En turnuslege på akuttpoliklinikken behandlet kvinnen. På grunn av hevelse måtte hun skifte gips etter noen dager. En ny ung lege gjorde dette. Da gipsen var fjernet, viste det seg at bruddet var grodd feil sammen. En tredje ung lege mente at den skjeve armen ville rette seg av seg selv og sa at hun var ferdigbehandlet. Hun oppsøkte sin fastlege som sendte henne tilbake til sykehuset igjen. Ortopeden som denne gang behandlet henne, mente at hun var slurvet behandlet og ville ikke overta behandlingen av henne. Hun fikk derfor ny time med en annen ortoped på samme sykehus. Han ville heller ikke behandle henne og henviste henne til Rikshospitalet. Her måtte hun vente i fem måneder før hun fikk time<sup>21</sup>.*

Videreutdanning av leger er en erfaringsbasert utdanning der hovedelementet er pasientrettet arbeid innenfor en avgrenset del av medisinen. I tillegg skal utdanningen inneholde mer formelle elementer, som internundervisning, deltakelse i eksterne kurs, systematisert veiledning og løpende supervisjon. Legers etterutdanning er derimot mer uformell og må være mer individuelt basert, relatert til den enkeltes arbeidsplass og innholdet i arbeidssituasjonen. Fordi videre- og etterutdanning er uløselig knyttet til arbeid med pasienter, blir tilrettelegging av gode arbeidsforhold, både når det gjelder fysisk miljø og læringsmiljø, grunnleggende for god spesialistutdanning. Den uformelle læringen – supervisjonen – er nødvendig for å bli en god kliniker og få et praktisk grep på faget. Mester-svennsituasjonen, hvor overlegen gir faglig supervisjon på pasientbehandling og fungerer som rollemodell for etiske holdinger, kommunikasjon, informasjon og samhandling med andre yrkesgrupper, er etter Legeforeningens syn den viktigste læringsformen i spesialistutdanningen.

Utdanning er en av spesialisthelsetjenestens lovpålagte oppgaver. Spesialisthelsetjenesteloven<sup>22</sup> slår fast at eier av virksomheter som yter spesialisthelsetjenester skal sørge for at ansatt helsepersonell får den opplæring, etter- og videreutdanning som er nødvendig for at den enkelte skal kunne utføre arbeidet sitt forsvarlig.

Undervisning og supervisjon har vært forsømte områder i spesialisthelsetjenesten gjennom mange år. Rapportering fra spesialitetskomiteer i Legeforeningen tyder på at organiseringen av norske sykehus setter videre- og etterutdanning av leger under urimelig sterkt press. Det meldes om for lite tid til veiledning og supervisjon. Mange foretak har problemer med å organisere forskriftsmessige rettigheter som internundervisning og fordypning. Tiltak for å sikre budsjettbalanse, som reduksjon i arbeidstid, reduserte liggedøgn, økt bruk av poliklinikk og økt bruk av dagbehandling/dagkirurgi,

vanskeliggjør blant annet mester-svenn-læring på grunn av lite tid samtidig med pasienten. Mester-svenn-relasjonen står i fare for å bli en svenn-svenn-relasjon med manglende overføring av erfaring legers kunnskaper og holdninger til yngre kolleger. En undersøkelse gjennomført ved to norske sykehusavdelinger konkluderer med at dersom produksjonspresset får dominere organiseringen av virksomheten, kan det på lengre sikt føre til at den kollektive kunnskapsbasen og sentrale kvaliteter ved legenes yrkeskunnskap utarmes<sup>23</sup>.

Etter sykehusreformen har mange sykehus gjennomgått funksjonsfordelinger og omorganiseringer. I mange tilfeller er funksjonsfordeling ønskelig, fordi det kan bidra til mer fornuftig utnyttelse av ressursene og til å bygge opp fagmiljøer med større faglig tyngde. Men funksjonsfordeling er et tveegget sverd. Det kan føre til at samarbeidslinjer mellom avdelinger blir kuttet, noe som kan gi uforutsette følger for vedlikehold av spesialkompetanse i et sykehus og negative konsekvenser for etterveksten av spesialister.

Når grenspesialiteter fordeles på ulike sykehus medfører det at leger under spesialisering må rotere mellom ulike avdelinger. Det medfører store utfordringer i forhold til kontinuitet og kontakt med veileder når man stadig må bryte opp fra ett arbeidssted for å flytte til et annet. Mester-svenn-relasjonen forvirrer og opplæringen forringes. Det gir dårlig kontinuitet i oppfølging av pasientene, noe som er negativt både for pasientene og for de yngre legenes læring.

Mange helseforetak har splittet opp kirurgien gjennom å lokalisere ortopedi og bløtdelskirurgi ved ulike sykehus. Ved mange sykehus finnes det ikke avdelinger for generell indremedisin, men kun for grenspesialiteter. En slik form for organisering gjør det vanskelig å utdanne seg innen de store generelle spesialitetene. Dette rammer også turnusleger, som risikerer å få for lite kunnskap om bredden i spesialiteten.

Et annet eksempel på organisering som kan svekke mulighetene for spesialisering, er at andre yrkesgrupper tar oppgaver som gir viktig erfaringsgrunnlag også for leger. Sykepleierdrevne poliklinikker kan være et eksempel på dette. Hvis sykepleiere skal skaffes kompetanse til selvstendig poliklinisk virksomhet må det i forkant skje en kompetanseoverføring – vanligvis fra en legespesialist. Hvis sykepleiere deretter skal ta hånd om virksomheten, vil det både bli vanskeligere for legespesialisten å vedlikeholde sin kompetanse på dette området, og det vil bli svært mye vanskeligere for leger under spesialistutdanning å skaffe seg denne kompetansen.

Dagens finansieringssystem har ikke incitamenter for at sykehus skal bruke ressurser på spesialisering av leger. Slik finansieringsordningen fungerer, er det mer lønnsomt for en kirurgisk avdeling å la assistentlegen gå visitt og overlegen operere eller utføre poliklinisk arbeid. Det er ressurskrevende å følge mester-svenntradisjonen og la både en erfaren og en uerfaren lege operere sammen. Legeforeningen får henvendelser fra sykehusleger om at sykehus holder stillinger for leger i spesialistutdanning ledige på grunn av økonomiske forhold. Dette skjer også innen viktige spesialiteter hvor det er mangel på spesialister.

#### **4.1.1 Kompetanseutvikling er et eieransvar**

Videre- og etterutdanning av legespesialister er en nødvendig investering for å sikre helsetjenester av høy kvalitet. Gode rammevilkår som gjør det mulig for fagfolk å vedlikeholde og videreutvikle kompetanse og kunnskaper, er en forutsetning for høy faglig kvalitet og for at spesialisthelsetjenesten skal kunne møte fremtidige utfordringer. Tjenesten må derfor bruke ressurser på kompetansebygging og være seg bevisst hvilke utfordringer videre- og etterutdanningen står overfor.

Også NOU 1996: 5 *Hvem skal eie sykehusene*<sup>24</sup> (Hellandsvikutvalget) peker på at den medisinsk-faglige utviklingen får konsekvenser for fornyelse av sykehusenes kompetanse:

- betydningen av etterutdanning vil øke
- grunnutdanning, videreutdanning og spesialistutdanning forvitrer raskere
- betydningen av ferdigheter i samspill, både mellom ulike grupper spesialisert personell, og mellom sykehuspersonell og pasienter og pårørende vil øke
- betydningen av at alle ledd i en produksjonskjede fornyer sin kompetanse på en koordinert måte vil øke
- betydning av å høste av internasjonale erfaringer vil øke

Utvalget slår fast at det er sykehusene selv som må ha ansvaret for å fornye egen kompetanse, men at de må få rammebetingelser som gjør det mulig.

Legeforeningen mener at rammene rundt spesialiseringen må være presise og målrettede, slik at leger under spesialisering får den tiden de trenger til å lære faget under forsvarlig veiledning fra eldre kolleger. Leger under spesialisering må tildeles rette arbeidsoppgaver til rett tid i spesialiseringens forløp, og oppmuntres til forskning. Det må sikres kontakt med forbilder og veiledere slik at det er mulig å skape gode mester-svinn-forhold. Dette fordrer at sykehusene legger til rette arbeidsforholdene for leger under spesialisering. I fag hvor det er viktig med trening på prosedyrer, må avdelingene være i stand til å tilby det volum av prosedyrer som er nødvendig. Dersom virksomheten organiseres slik at mye av den operative virksomheten skjer uten at yngre leger får mulighet til å delta, undergraves hele spesialistutdanningen. Dette må man være særlig oppmerksom på ved drift av dagkirurgiske enheter og poliklinikker.

Utdanning er et driftselement som blir dekket av rammefinansieringen. Etter innføringen av innsattsstyrt finansiering er dette i økende grad blitt salderingspost. I NOU 2003: 1 *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*<sup>25</sup> (Hagenutvalget), peker utvalget på at dagens modell for finansiering av utdanning er uklar og gir få incitamenter til økt oppmerksomhet på disse aktivitetene. Utvalget mener at en resultatavhengig finansiering av forskning, og en aktivitetsavhengig finansiering av undervisning, vil kunne ivareta forskning og undervisning bedre enn i dag. Legeforeningen støtter Hagenutvalget i dette. Turnusleger og assistentleger deltar aktivt i klinisk virksomhet, produserer resultater for sykehusene og bidrar til å holde sykehusene døgnåpne. Dette innebærer at midler til utdanning må fremkomme i egne budsjetter, og at det må lages egnede incentiver gjennom aktivitetsbasert finansiering.

Leger har også selv ansvar for å skape et miljø og en kultur som fremmer læring, ved å være seg bevisst hvilke holdninger de overfører til yngre kolleger i en mester-svinn-relasjon, og i måten de møter kolleger i turnus på. Undersøkelser<sup>26</sup> viser at læringsmiljøet mellom norske legekolleger generelt er godt, men sykehusleger beskriver atmosfæren som mer konkurransepreget og mindre støttende enn leger utenfor sykehus. Økt bevissthet om mester-svinn-relasjoner som en grunnleggende måte å overføre kunnskap på, og bedre dialog og kommunikasjon i det profesjonelle læringsmiljøet, blir pekt på som viktige utfordringer.

For å hjelpe leger i å systematisere og dokumentere sin etterutdanning, har Legeforeningen utviklet et eget system kalt LEIF (Legers Etterutdanning I Fremtiden). Prinsippet går ut på at legen ut fra sine behov og i samråd med en kollega lager en plan for etterutdanningen i det kommende året. Ved neste årsskifte evaluerer legen og kollegaen om etterutdanningen er blitt gjennomført etter intensjonen. Fordelene ved et slikt system er for det første at etterutdanningen

kan bli bedre planlagt og tilpasset den enkelte og virksomhetens behov. For det andre kan det være lettere å dokumentere den etterutdanning som har skjedd. Det kan også være et hjelpemiddel for å sikre etterutdanningen som en rettighet for den enkelte spesialist.

## 4.2 Forskning

Forskning er en forutsetning for god faglig virksomhet i helsetjenestene. Oppdatert forskningsbasert kunnskap gir grunnlag for å skille ut hvilke behandlingsmetoder som er til beste for pasienten. Utvikling av forskningskompetanse hos eget personell og rekruttering av personell med forskningskompetanse, bidrar til kunnskapsproduksjon og kunnskapsutvikling og til en sunn kritisk holdning til kunnskapsgrunnlaget. Forskning og forskningskompetanse utgjør videre et premiss for kvalitetsforbedringsarbeidet i virksomhetene, og gir grunnlag for kunnskapsbaserte ledelsesbeslutninger. Helsetjenestene har en lovpålagt plikt til å ivareta helsepersonellens mulighet for å vedlikeholde og utvikle sin kompetanse. I dette ligger også institusjonenes selvstendige plikt til å drive forskning.

Manglende satsing på forskning kan føre til at tilgangen til ny kunnskap reduseres. Dette kan redusere den faglige kvaliteten på utredning og behandling av pasienter. Kortsiktige driftsgevinster ved ikke å bruke ressurser på forskning, rekruttering og utvikling av forskningskompetanse, kan vise seg svært kostbart i et langsiktig perspektiv.

Legeforeningen har ved flere korsveier arbeidet for at en større og fast andel av finansieringen av helsetjenesten må gå til forskning og utdanning. Selv om de regionale helseforetakene skal ha honnør for å sette av midler til forskning på sine budsjetter, ligger Norge likevel under OECD-gjennomsnittet. I perioden 1999–2001 bevilget OECD-land i gjennomsnitt 2,2 % til forskning. Sverige bevilger 3,8 %, Finland 3,2 %, mens Norge bevilger kun 1,6 % av BNP

til forskning. Forskning er anerkjent som en av de aller viktigste innsatsfaktorene for å stimulere økt langsiktig verdiskaping på bærekraftig grunnlag i alle industrialiserte land. Dersom Norge skal stå rustet til å møte fremtidens utfordringer må vi satse på kompetanse og forskning på en helt annen måte enn i dag.

Legeforeningen mener at en fast andel (mellom 5 og 10 %) av finansieringen av helsetjenesten må gå til forskning og utdanning. Midler til utdanning og forskning må fremkomme i egne budsjetter, og det må lages egnede incentiver gjennom aktivitetsbasert finansiering. Legeforeningen mener at sykehusenes ressurser til utvikling av kompetanse er utilstrekkelige og ofte blir salderingspost i en trang sykehusøkonomi. Dersom sykehusene skal ha kompetanse til å møte fremtidens utfordringer må det gis rammebetingelser til fornyelse av egen kompetanse og til å prioritere utdanning og forskning.

Forskning er verdiskaping. Det er derfor viktig at forskningsmiljøene har stor grad av kontroll med kunnskap og eventuelle produkter som utvikles. Dersom forskningsresultater skal omsettes i markedsmessige verdier, er det viktig at dette arbeidet får bistand fra eiersiden. Eier har en viktig oppgave i å legge til rette for et samarbeid med industrien der dette kan være fruktbart. Industrisponsede forskningsstillinger eller laboratorier kan være hensiktsmessig, såfremt forskningen fremstår som uavhengig og resultatene blir tilgjengelig gjennom vanlige publiseringskanaler.



Legeforeningen mener at det er svært viktig at det blir attraktivt for helsepersonell å forske. En forutsetning for økt forskningsinnsats, er at incentivene i finansieringsordningene støtter opp under forskningsaktivitet. Legeforeningen ser positivt på at forskning er innlemmet i den innsatsstyrte finansieringen av spesialisthelsetjenesten. Det er også viktig å legge arbeidsforholdene til rette slik at det er naturlig å kombinere klinisk og laboratoriemessig arbeid med forskning og faglig fordypning. Mulighetene til å drive med forskning i klinisk praksis kan utnyttes bedre gjennom frikjøp av stillinger og etablering av kombinasjonsstillinger. Et annet tiltak kan være å etablere forskningsleder eller forskningsråd ved sykehusene, eventuelt i samarbeid med institusjoner som kan gi veiledning og støtte med hensyn til planlegging, kontaktformidling, statistisk bearbeidelse med videre. Forskningsvirksomheten må evalueres fortløpende, og ha en tydelig linje til ansvarlig leder.

### 4.3 Kvalitetsarbeid

Å omsette kunnskap og kompetanse til kvalitet er et vesentlig element i kunnskapssamfunnet. Det meste av pasientbehandlingen som utføres i norsk helsevesen er av høy faglig kvalitet, men forutsetninger for og innholdet i helsetjenesten endres kontinuerlig. Ved oppstarten av sykehusreformen tydeliggjorde eier at<sup>27</sup>:

*Når staten samler ansvaret for sykehusene på en hånd, er et viktig formål å gjøre et allerede godt sykehusvesen enda bedre. I praksis innebærer det primært å forbedre tilgjengeligheten og kvaliteten på tjenestene. Den kvantitative dimensjonen, med*

*vekt på forbruk og tilbudets størrelse er viktig, men i et moderne samfunn vil kvalitet bli tiltakende viktig, både i forhold til prosess og resultat.*

Legeforeningen er enig i at det trengs mer ledelsesforankret oppmerksomhet rettet mot systematisk og kontinuerlig forbedring og kvalitets-sikring av innholdet i tjenesten. Kvalitetsarbeid krever innsats på mange områder. Dels må man finne riktige og effektive tiltak som løsning på befolkningens helseproblemer, det vil si å gjøre de riktige tingene på rett måte. Derest gjelder det å strukturere tjenestene slik at risikoen for feil eller avvik blir minst mulig, og at følgene av avvik blir minimert.

Kvalitetsarbeid dreier seg også om å måle og sammenlikne medisinske resultater. På en rekke områder er det i dag for store variasjoner, både mellom landsdeler og mellom foretak, i hvilket behandlingstilbud pasientene får. Legeforeningen mener at det er viktig at spesialisthelsetjenestens aktører måler og sammenlikner resultater for å bidra til at pasienter med lik diagnose får tilsvarende lik behandling.

Legeforeningen mener at leger har et spesielt ansvar for å sikre at pasientene får medisinsk korrekt behandling ut i fra den kunnskap som foreligger, og at helsehjelpen er rettferdig fordelt. Både internasjonale og nasjonale erfaringer har vist at for at kvalitetsforbedrende arbeid skal lykkes, så er det nødvendig at leger deltar i arbeidet og at ønsket om endring vokser frem nedenfra. Når fagmiljøene selv deltar aktivt, vil man kunne oppnå faglige forbedringer og mindre uønsket variasjon i behandling av pasienter. Samtidig er det vesentlig at kvalitetsforbedringsarbeid er forankret i ledelsen.



Pasienter og pårørende og deres organisasjoner må også i langt større grad trekkes inn i kvalitetsforbedringen av helsetjenesten. Pasientenes egen kunnskap er en viktig kunnskapskilde, og større vektlegging av pasientenes medbestemmelse og valgfrihet er en politisk målsetting. Legeforeningen mener at brukermedvirkning er helt nødvendig for å forbedre helsetjenestene.

Pasienten har ofte et annet perspektiv på problemet enn helsepersonellet. Helsetjenesten må derfor trekke brukere og pårørende og deres organisasjoner inn i kvalitetsforbedringsarbeidet av tjenesten på en langt mer aktiv måte enn tilfellet er i dag. Det betinger at pasientorganisasjonene sikres offentlig støtte.

## 5.1 Faglighet: Kunnskap og prosess

Man kan si at det stilles to krav til legens arbeid: For det første at jobben gjøres godt, målt opp mot en høy faglig standard for pasientbehandling. For det andre forventes det at legen stadig forsøker å forbedre det arbeidet som utføres. For å oppnå gode resultater, krever begge målsetningene særskilt kompetanse.

Bevisstheten om hvordan arbeidet kan gjøres bedre er lite fremtredende blant helsepersonell. Derfor har forbedringsarbeidet vært – og er – lite effektivt. Resultatet er at nye og bedre behandlingsmetoder og medisinsk teknologi ikke er effektivt utnyttet, at vedtatte retningslinjer ikke følges opp, at vi får køer og ventetider som kunne ha vært unngått. Vi opplever et gap mellom det som er mulig å gjøre og det som blir gjort, og uten at det først og fremst skyldes ressursmangel. Dyrere helsetjeneste betyr ikke nødvendigvis *bedre* helsetjeneste. Satsing på kvalitet er kostnadseffektivt. Det viser blant annet utviklingen i Jönköping län i Sverige, hvor man har satset systematisk på prosessforbedring de siste fem årene. Arbeidet har hatt sterk ledelsesforankring og gjennomsyrer alle deler av virksomheten. En lang rekke pasientprosesser i både primær- og spesialisthelsetjenesten er gjennomgått og redesignet med store forbedringer. Det drives systematisk måling av en rekke ulike indikatorer for prosess og resultat. Jönköping ligger på topp i ytelse målt etter de fleste internasjonale indikatorer. Parallelt med kontinuerlig forbedret tjenestetilbud har Jönköping län, som det eneste i Sverige, snudd et underskudd til et overskudd på 200 millioner SEK i 2004. Før arbeidet startet med systematisk prosessforbedring startet, hadde det vært drevet tradisjonelt kvalitetsarbeid i 15 år. Etter alle disse årene kunne man trekke følgende konklusjon:

*Vi hadde ingen tidligere gode eksempler på at det lønner seg.*

*Vi hadde ikke tidligere satset tilstrekkelig på forbedringskunnskap.*

*Kvalitet ble ansett som en støttevirksomhet i stedet for noe som angår alle.*

*Kvalitet ble ansett som et personlig ansvar, ikke en systemegenskap.*

*Ingen trodde det gikk å forandre kulturen.*

*Vi koblet ikke tidligere strategi med flerårsplan og endringsarbeid.*

*Vi ble avbrutt av sammenslåinger, nedlegginger og andre sparetiltak.*

*(Etter utviklingssjef*

*Göran Henriks, Jönköping läns landsting)*

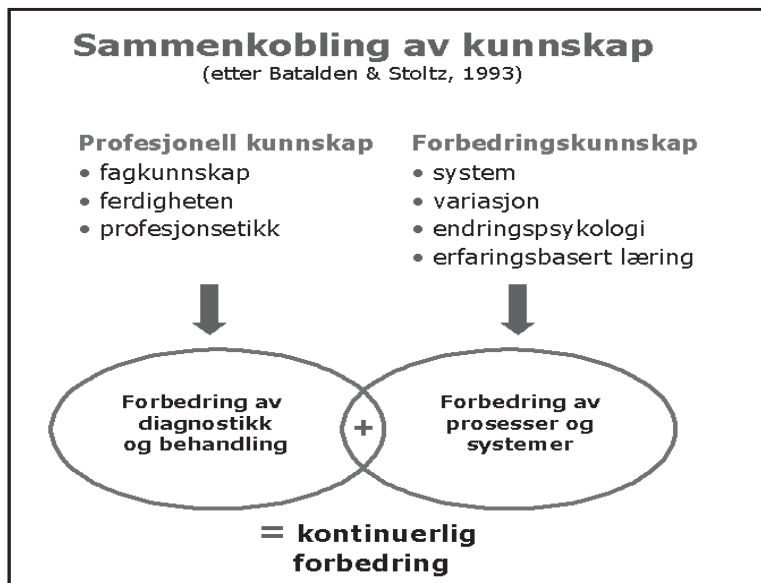
Kvalitet i fagutøvelse omfatter dermed to forhold:

- Kvalitet i selve de medisinske tjenester (utredning, diagnostikk og behandling). Dette kan kalles profesjonell kunnskap, og ivaretas bl.a. av utdanning og tradisjonell forskning. Dette elementet er beskrevet i kapittel 4.
- Kvalitet i selve organiseringen av tjenestene, sikring av en sammenhengende kjede av tjenester, rasjonelle og trygge prosesser i utøvelsen av tjenestene, god samhandling, trygg overføring av ansvar og oppgaver. Dette er en relativt ny kunnskapsgren, som ofte kalles forbedringskunnskap (improvement knowledge).

Sammen utgjør disse to søylene kjernen i god faglig virksomhet.

For om lag 15 år siden begynte medisinske fagtidsskrifter å publisere artikler om forbedringskunnskap. Det vil si kunnskap om forbedring basert på innsikt i prosess- og systemtenkning. Denne kunnskapen er nødvendig for effektivt å redusere utilsiktede variasjoner i behandling og behandlingsresultater, med andre ord å dokumentere det vi gjør som ledd i det som kalles evaluerende praksis. Dette innebærer å kunne analysere systemer og prosesser, iverksette og dokumentere endring, effektivt implementere ny kunnskap, samle og utnytte lokal kunnskap som idébank for gode endringsforslag, arbeide tverrfaglig og vite noe om hvordan man inspirerer medarbeidere til å engasjere seg i endrings- og forbedringsarbeid. Dette er kjerneelementer i en faglig virksomhet. Forbedringskunnskap er fortsatt svært lite utbredt i helsefaglige utdanninger.

Med utgangspunkt i blant andre denne erkjennelsen, har styrking av forbedringskunnskap i helsepersonellutdanningene fått en sentral plass i den nye nasjonale strategien for kvalitet i sosial- og helsetjenestene «...og bedre skal det bli.»<sup>29</sup> I Danmark og Sverige har sykehuseierne allerede tatt konsekvensen av at forbedringskunnskap er et velegnet verktøy, jfr. eksemplet fra Jönköping. Å formidle kunnskap om moderne forbedringsarbeid er en viktig del av arbeidet med å styrke fagligheten i medisinsk virksomhet. Det er nødvendig for vår egen læring, for å sikre dokumenterte trygge tjenester, og for at medisinske fremskritt skal komme pasientene til gode uten forsinkelser i systemet.



Figuren er hentet fra Batalden og Stolz 1993<sup>28</sup>

Eierskapsreformen i sykehus har skapt forventninger om bedre tjenestetilbud, kostnads-effektivitet og pasientsikkerhet. Rapporten *Sykehusreformen – noen eierperspektiver*<sup>30</sup> peker på at reformen skal gis et substansielt og fornyende innhold, der tilgjengelighet, kvalitet og omsorg for den enkelte skal kunne kombineres med en rasjonell ressursforvaltning og et helhetlig samfunnmessig og ledelsesmessig ansvar.

I bestillerdokumentet for 2005 legger departementet til grunn at spesialisthelsetjenesten skal kjennetegnes av god kvalitet i alle ledd. Utøvelsen av virksomheten skal være faglig forsvarlig og bruke dokumentert god praksis. De regionale helseforetakene skal arbeide med kvalitet på områdene prioritering, kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer.

Det finnes mange ulike metoder og teknikker for å forbedre kvalitet, og de retter oppmerksomheten mot ulike kvalitetsmål. Dette kan være ulike styringssystem i sykehus, ISO-standarder, internkontrollsystemer, bruk av kvalitetsindikatorer og forskjellige metoder for å arbeide

med kvalitet innenfor grupper av mennesker. Hvilken metode eller teknikk som velges for å drive kvalitetsarbeid, må avhenge av hvilke problemer man ønsker å løse.

Den kvalitetsovervåking som departementet bestiller fra regionale helseforetak, peker i hovedsak på aggregerte størrelser. De er mer egnet som overordnet styringsinformasjon for ledelsen i regionale helseforetak og sykehuseier, enn til faktisk forbedring for pasientene.

Legeforeningen ønsker å rette oppmerksomheten i kvalitetsarbeidet mot pasientforløpene. Det er det faglige innholdet i helsetilbudet til pasienten – og prosessene og rutinene rundt pasientkontakten – som er avgjørende for kvalitet. Prosesser som er pasientnære og som påvirker pasientens forløp gjennom helsetjenesten, trenger et særlig løft. Vi mener derfor at det videre arbeidet med å skape et forbedret faglig innhold i oppfølgingen av eierskapsreformen bør rettes mot tjenestetilbudet til den enkelte pasient.

Hvis satsingen på pasientrettet og kontinuerlig forbedringsarbeid skal bli virkelighet og skape varig endring, må det arbeides med systemforbedring på alle nivåer. Helsepersonell må få opplæring og trening i kontinuerlig forbedringsarbeid. Dette innebærer å lære av erfaring fra praksis, forstå systemene de arbeider i og hvordan de kan drive systematisk, dokumentert system- og prosessforbedring. En omfattende satsing på pasientrettet forbedringsarbeid, krever at de sentrale aktørene i norsk helsetjeneste går sammen om dette. Arbeidet må forankres i ledelsen, og det er nødvendig med ressurser for å iverksette arbeidet på landsbasis.

### 5.1.1 Pasientsikkerhet

Systematisk arbeid for å bedre pasientsikkerheten er en viktig del av begrepet om faglighet. De siste fem årene er det blitt publisert en rekke undersøkelser fra flere land som har vist at feil og mangler i pasientbehandlingen er vanlig, og

fører til unødvendig lidelse og død. I rapporten *Uheldige hendelser i helsetjenesten*<sup>31</sup> pekes det på at uheldige hendelser kan inntreffe i nesten 10 % av alle innleggelse i sykehus. Dette kan bety 70 000 tilfeller per år i Norge. Luxembourg-deklarasjonen<sup>32</sup> peker på at nesten halvparten av alle uønskede hendelser følger av medisinske feil. Helsetjenesten bør derfor organiseres på en slik måte at feil og uheldige hendelser kan forebygges, oppdages eller håndteres på en måte som gjør at disse kan unngås. Analysene som ligger til grunn for Luxembourg-deklarasjonen har understreket behovet for økt oppmerksomhet på å redusere systemfeil, men like viktig er det at helsetjenesten må bygge en kultur som fremmer gode holdninger til håndteringen av feil og avvik. Det anbefales å innføre Risk management som en integrert del av hele helsetjenestens virksomhet. En helt nødvendig forutsetning for å bruke dette verktøyet er arbeidsplasser som er preget av åpenhet og tillit, og en kultur som retter oppmerksomheten mot å lære av feil og nesten-ulykker. Dette står i motsetning til fokus på naming, shaming, blaming and punishment for de involverte.

Feil og uheldige hendelser i helsetjenesten legger en stor byrde på pasientene og samfunnet. Forbedret pasientsikkerhet betyr derfor en stor gevinst ikke bare for pasientene, men også for samfunnets bruk av ressurser på helsetjenester. I tillegg vil bedret pasientsikkerhet bety mindre administrativt arbeid knyttet til klagebehandling, kompensasjon for feilbehandling, og liknende. Men først og fremst betyr bedret pasientsikkerhet at pasientene vil få bedre behandling og bedre helse.

Legeforeningen vil derfor arbeide for et nasjonalt meldesystem som er frivillig, konfidensielt og uten sanksjoner overfor den som rapporterer. Systemet må sikre at feil og uheldige hendelser blir gjort kjent og fører til læring hos helsepersonellet. I utviklingen av dette systemet må alle relevante aktører i helsetjenesten delta. Arbeidet

med å redusere feil og avvik bør videre inngå i kvalitets- og forbedringsarbeidet ved de enkelte enhetene. Samtidig er det viktig at kunnskap om hvordan feil og avvik kan unngås gjøres allment tilgjengelig for virksomhetene i helse-tjenesten.

## 5.2 Styrke fagligheten gjennom læringsnettverk

Moderne metoder for kvalitetsforbedring læres best i praksis. For å utbre kunnskap om kontinuerlig forbedringsarbeid, har Legeforeningen siden 1998 organisert nasjonale læringsnettverk med oppmerksomhet på system- og prosessforbedring, såkalte gjennombruddsprosjekter. Gjennombruddsprosjekt er en arbeidsmodell for endringsarbeid i klinisk praksis. Metoden er tilpasset norske forhold etter en modell utarbeidet ved Institute for Healthcare Improvement (IHI) i Boston ([www.ihl.org](http://www.ihl.org)), som Legeforeningen har hatt et langvarig samarbeid med.

Frem til våren 2005 har følgende områder i spesialisthelsetjenesten vært i fokus for det norske arbeidet: Keisersnitt, intensivbehandling, bruk av tvang i psykiatrien, alvorlige stemningslidelser, ADHD (Attention Deficit Hyperactive Disorder), og tilgjengelighet og kvalitet i det polikliniske tilbudet til pasienter med psykiske lidelser. I primærhelsetjenesten er metoden benyttet i behandling av pasienter med akutte ryggsmarter.

Gjennombruddsmodellens overordnede mål er å skape kultur og kompetanse for kontinuerlig forbedring ved den enkelte arbeidsplass. Deltakerne lærer å bruke tilgjengelige ressurser mer hensiktsmessig ved å sette i gang system- og prosessendringer som gir dokumenterbare forbedringer. Modellen egner seg for områder hvor det er et gap mellom hva man vet man bør gjøre og hva man faktisk gjør. Sentrale elementer i modellen er opplæring i forbedringsarbeid, bruk av statistisk prosesskontroll (SPC) og registre-

ringer over tid (tidsplott) for å måle forbedringer.

Et gjennombruddsprosjekt omfatter to hovedfaser: En planleggingsfase der en ekspertgruppe drøfter og konkretiserer forbedringsområder innenfor et definert prosjekttema, og en hovedfase der deltakergruppene velger hvordan de vil angripe forbedringsmulighetene lokalt hos seg og deretter prøve ut og måle effekten av tiltak. Dette skjer under systematisk oppfølging av prosessveiledere.

Ekspertgruppen er tverrfaglig sammensatt og er å betrakte som prosjektets faglige premissleverandører. De er faglig høyt merittert med stor innflytelse i de aktuelle faggruppene, har kjennskap til aktuelle problemstillinger, samt har god evne til samarbeid.

Prosessveiledere har ansvar for å følge opp tverrfaglige forbedringsteam som etableres ved den enkelte avdeling eller institusjon gjennom prosjektperioden. Veilederne har helsefaglig bakgrunn, erfaring fra tidligere forbedringsprosjekter, samt skoloring i forbedringsmetodikk og bruk av statistiske metoder. Veilederne tar ikke stilling til faglige problemstillinger, men gir råd og veiledning i metoden. Deres rolle er å være pådrivere, dialogpartnere og rådgivere.

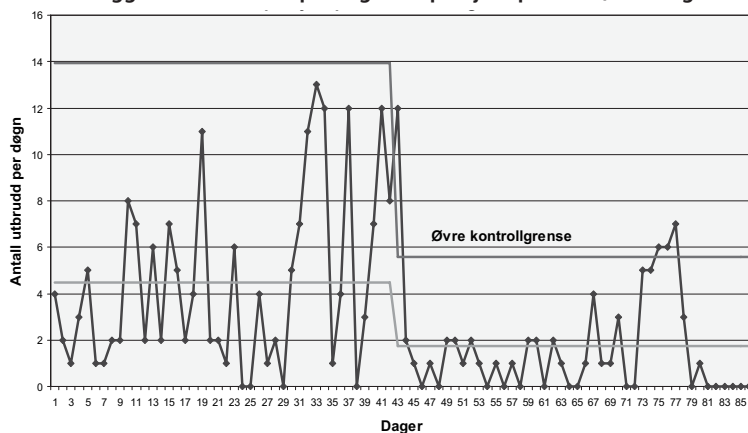
I kapittel 4 påpekte vi at denne ordningen så langt er tatt i bruk i liten grad. Men erfaringene fra gjennombruddsprosjektene viser at denne tilnærmingen kan gi betydelige forbedringer i tjenestetilbudet. I det siste gjennombruddsprosjektet, om tilgjengelighet og kvalitet i det polikliniske tilbudet til pasienter med psykiske lidelser, er flere ambisiøse mål nådd. Ved en poliklinikk ønsket man å øke bruken av individuell plan med minst 100 %. Ved prosjektets slutt viser resultatet en firedoblet økning i bruk av individuelle planer. Ved en annen poliklinikk greide man å øke andelen pasienter som får diagnose av spesialist fra 4 % til 52 % ved å implementere systematiske rutiner for diagnosesetting. En barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk tok mål av seg til å

forkorte tiden frem til diagnose var satt for ADHD-pasienter med 50 % ved å benytte en egen utarbeidet ADHD utredningsplan. Ved prosjektslutt var forbedringen 58 %. I gjennombruddsprosjektet om bruk av tvang i psykiatrien ble antall timer med bruk av beltelegging per pasient redusert med 80 % i prosjektperioden ved en avdeling. Ett år etter avsluttet prosjekt var reduksjonen i forhold til utgangspunktet fortsatt høy – 68 %, og tre år etter var reduksjonen 65 %.

Gjennombruddsprosjektene har vist at ved rasjonell og riktig bruk av spesialistkompetanse og godt samarbeid, er det mulig å heve kvaliteten på tilbudet vesentlig. Det er fortsatt en utfordring å øke kompetansen hos helsepersonell generelt når det gjelder forbedringskunnskap. Det handler både om å tilføre fagkompetanse og å skape en god kultur for tverrfaglig forbedringsarbeid. For å motvirke at slike prosjekter ikke skal gi kun kortsiktig effekt, så må de forankres i sykehusledelsen.

Forbedringskunnskapen viser oss at vi kan måle og dokumentere hva vi gjør, og på den måten få til bedre rutiner og prosesser rundt pasientbehandling. Det er avgjørende at ledelsen i helseforetakene følger opp og sørger for at ansatt helsepersonell får opplæring, etterutdanning og videreutdanning både i profesjonell kunnskap og forbedringskunnskap (jfr. s. 27) for å sikre en trygg og god helsetjeneste for befolkningen. Dette er helseforetakene også pålagt gjennom loverket.

**Antall aggressive utbrudd pr. døgn i to prosjekt perioder; 2000 og 2001**



*Eksempel på hvordan klinisk forbedringsarbeid kan dokumenteres.*

*Diagrammet viser antall aggressive utbrudd per døgn hos psykotiske pasienter før og etter iverksetting av endringer av omsorgen i avdelingen.*

### 5.2.1 Nasjonal satsing på kontinuerlig forbedringsarbeid i helsetjenesten

I Norge har de nasjonale gjennombruddsprosjektene vært organisert av Legeforeningen med økonomisk støtte fra helsemyndighetene, mens det i Sverige og Danmark har vært sykehuseierne som har stått for gjennomføringen. For å utnytte det potensialet som ligger i gjennombruddsprosjekter, mener Legeforeningen at det bør satses omfattende og systematisk på å etablere nasjonale læringsnettverk etter gjennombruddsmetoden. Dette vil etter vårt syn gi høyere kvalitet og mindre variasjon i helsetjenestene, i tråd med målene i den kommende nasjonale kvalitetsstrategien. En bred nasjonal satsing er fullt mulig dersom myndigheter, sykehuseiere og profesjonsorganisasjoner går sammen i et forpliktende samarbeid. En samlet satsing vil være den beste garanti for at vi får oppfylt to viktige kriterier for et godt resultat: Sterk ledelsesforankring fra toppen og prosesser som drives nedenfra.

En slik nasjonal dugnad er en organisatorisk utfordring, som vil kreve en betydelig satsing på opplæring av veiledere i forbedringskunnskap. Veilederkompetanse må etableres ved hver enkelt institusjon slik at de ansatte selv kan bli i stand til å drive effektivt lokalt forbedringsarbeid. Denne strategien har gitt gode resultater blant annet ved Ullevål universitetssykehus. Her har man allerede gjennomført egne gjennombruddsprosjekter i alle medisinske divisjonsavdelinger med hensyn på mer effektive behandlingsforløp og gode utskrivningsrutiner.

Legeforeningen mener at det er behov for et nasjonalt løft for et kontinuerlig forbedringsarbeid i helsetjenesten, hvor Sosial- og helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Legeforeningen og pasientene gjennom pasientforeningene, trekkes med. Arbeidet må ha utspring i klinisk praksis og omfatte flere helsepersonellgrupper i tverrfaglig samarbeid. Det må baseres på innsikt i prosess- og systemtenkning, såkalt forbedringskunnskap. Arbeidet må gis en robust forankring i ledelsen både i departement, direktorat, regionale helseforetak, helseforetak og i pasient- og fagorganisasjonene.

## Faglighet og rammevilkår

I de siste ti årene har det vært gjennomført store endringer i spesialisthelsetjenestens rammevilkår. Innsatsstyrt finansiering og fastlegeordningen er etablert, eierskapet av spesialisthelsetjenesten er overført til staten, sykehusene er organisert i helseforetak og pasientenes rettigheter er styrket gjennom blant annet individuell frist for behandling og fritt sykehusvalg. Endringene av rammevilkårene i norsk helsetjeneste er i stor grad i samsvar med den internasjonale utviklingen. Et gjennomgående trekk er større oppmerksomhet på ledelse, effektivitet, resultat, konkurranse, autonomi og individuell tilpassning, samt mindre vekt på rammefinansiering, plan og direkte offentlig styring.

Målet er at helsetjenestene skal bli mer kostnadseffektive og produktive. I dette ligger at ressursene og regelverket på best mulig måte skal legge til rette for faglig virksomhet som er til pasientenes beste. Legeforeningen har ved andre anledninger etterlyst vektlegging av det faglige innholdet i oppfølgingen av strukturelle endringer, blant annet i forhold til forslagene til endringer i finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten.

Det er imidlertid svært krevende å ha oversikt over hvordan endringer i rammevilkårene påvirker sluttresultatet for pasientene. Vi har eksempler på at rammevilkårene kan bidra til at faglige vurderinger settes til side for andre hensyn, og vi har eksempler på at omfattende reformer i samspill nøytraliserer eller står i motstrid til hverandre. Rammevilkårene for helsetjenesten må derfor være gjenstand for stadig justering, slik at disse fremmer gode helsetjenester for pasientene basert på faglige premisser.

Vi mener at forbedringsarbeid er egnet for å skape samsvar mellom den profesjonelle kunnskapen som ligger hos helsepersonellet og de fastsatte rammevilkårene for helsetjenesten. Profesjonell kunnskap må omsettes i et system av helsetjenester som på den ene side er effektivt, og på den andre siden er i samsvar med politisk

fastsatte lover og regler. Forbedringsarbeidets fortrinn ligger nettopp i at vurderinger som springer ut av faglig kunnskap og kompetanse ses i sammenheng med systemelementer som organisering og lovkrav.

Vi vil i dette kapitlet se nærmere på hvordan noen av spesialisthelsetjenestens rammevilkår påvirker tjenestens faglige innhold:

- finansieringsordningen
- prioritering

I tillegg er gode rammevilkår for forskning og videre- og etterutdanning nødvendig, slik som beskrevet i kapittel 4.

### 6.1 Finansieringsordningen

Den somatiske offentlige spesialisthelsetjenesten finansieres med en kombinasjon av ramme- og aktivitetsbasert finansiering. Finansiering av behandlingstjenester og forskning er kun aktivitetsbasert. Psykiatrien er enn så lenge rammefinansiert. I tillegg kommer takstrefusjoner fra trygden og egenandeler fra pasientene i tilknytning til poliklinisk behandling og oppfølging. Øremerkede midler til spesielle prosjekter er også benyttet. Privatpraktiserende spesialister som har inngått driftsavtale med regionale helseforetak har også et to-delt finansieringssystem, ved fast driftstilskudd og stykk-pris finansiering.

Innsatsstyrt finansiering av de somatiske tjenestene er basert på såkalte diagnoserelaterte grupper (DRG). DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. For hver DRG er det beregnet en kostnadsvekt som gir uttrykk for relativ ressursbruk for denne gruppen. Dekningsgraden for den aktivitetsbaserte finansieringen kan dermed variere fra pasient til pasient innen en og samme DRG. For noen pasienter vil dekningsgraden være lavere enn gjennomsnittet på grunn av lang liggetid eller spesielle behandlingsopplegg. For andre pasienter vil dekningsgraden være høyere enn gjennomsnittet.



Dekningsgraden vil også variere i forhold til behandlingssted. Samme enhetspris og samme sett av kostnadsvekter i hele landet betyr i praksis at systemet ikke er tilpasset kostnadsstruktur og kostnadsnivå ved det enkelte sykehus. Konsekvensen er at sykehus med lavere kostnadsnivå enn gjennomsnittet får en høyere dekningsgrad enn sykehus med høyere kostnadsnivå enn gjennomsnittet. Erfaringer har vist at sykehus med lands- og flerregionale funksjoner har hatt en vesentlig lavere dekningsgrad enn sykehus med mindre høyspesialiserte funksjoner.

Det er påvist<sup>33</sup> at pasienter med mindre alvorlige lidelser som kan motta dagkirurgisk behandling, blir prioritert høyere enn pasienter med mer alvorlige lidelser som trenger innleggelse ved sykehus. Dette forklares med at dekningsgraden er mer gunstig for dagbehandling fordi stykkprisen som er knyttet til enkeltdiagnoser ikke tar hensyn til alvorlighetsgrad.

Sykehusene har i dag fire lovpålagte hovedoppgaver; pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Av disse er finansieringen av pasientbehandling og forskning aktivitetsbasert. Når kun noen områder har aktivitetsbasert finansiering er det fare for at disse prioriteres på bekostning av andre rammefinansierte områder. Krav om innsparing kan føre til at aktiviteten innenfor tjenester med god dekningsgrad økes, og det resterende ressursbehovet ut over dekningsgraden må hentes fra rammefinansieringen. Det er en fare for at dette kan gå på bekostning av andre høyt prioriterte og rammefinansierte helsetjenester.

Disse eksemplene på at finansieringssystemet ikke er i samsvar med reelle kostnader eller faglige vurderinger viser at det er nødvendig med en kontinuerlig justering for bedre å støtte opp under god faglig virksomhet i helsetjenestene.

Legeforeningen mener at finansieringssystemet ikke bør gi sykehusene incentiver til å beholde pasientene lenger eller kortere enn det som er medisinsk hensiktsmessig. Systemet må ta høyde for ulik kostnadsprofil som følger av institusjonens størrelse og funksjoner. Samtlige av sykehusenes lovpålagte oppgaver bør være aktivitetsbasert for å unngå utilsiktede vridninger.

Helsemyndighetene må evaluere ordningen med innsattsstyrt finansiering (ISF) i et helhetlig perspektiv for å avdekke hvilke pasientgrupper som blir systematisk opp- eller nedprioritert som følge av innretningen av finansieringssystemet. Arbeidet med mer korrekt prissetting innenfor ISF bør intensiveres, slik at disse gjenspeiler det faktiske kostnadsnivået i norsk helsetjeneste. Justering av enhetspriser må i større grad sørge for et sammenfall mellom økonomiske incentiver og faglige vurderinger.

## 6.2 Prioritering i helsetjenestene

De samlede kostnadene i helsetjenestene genereres i stor grad av enkeltbeslutninger på klinisk nivå. Den faglige vurderingen av hvilken behandling som er til pasientens beste og prioriteringen av ressurser mellom ulike pasienter, er knyttet tett sammen. Denne avveiningen står helsepersonellet overfor til daglig. I prioriteringsforskriften<sup>34</sup> uttrykkes dette ved at det skal skilles mellom pasienter med eller uten rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, og at rettighetspasienter skal få en frist for når medisinsk forsvarlighet senest krever at pasienten skal motta helsehjelp<sup>35</sup>. Det er det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion som skal sørge for at pasienter med rett til nødvendig

helsehjelp får tilbud om behandling innen fastsatt frist. Hvis fristen utløper før pasienten har fått et tilbud, kan pasienten henvende seg direkte til Rikstrygdeverket som skal skaffe et tilbud fra offentlig eller privat tjenesteyter i Norge, eller om nødvendig i utlandet. Pasienten skal tildeles rett til nødvendig helsehjelp ut fra en vurdering av tilstandens alvorlighet, nytten og kostnaden knyttet til behandlingen.

Undersøkelser utført av Legeforeningens forskningsinstitutt har vist at prioriteringsforskriften ikke er godt kjent blant helsepersonell (upublisert). Det foreligger ikke et samlet faglig materiale som kan gi retningslinjer for hvordan forskriften skal anvendes i praksis. Undersøkelser gjort av Norsk Pasientregister viser at andelen pasienter som tildeles rett til nødvendig helsehjelp varierer stort mellom regioner og helseforetak<sup>36</sup>. Det er derfor nødvendig å utvikle omforente faglige anbefalinger med hensyn til tildeling av rett til nødvendig helsehjelp og individuelle behandlingsfrister for ulike pasientgrupper.

I Bestillerdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Regionale helseforetak for 2005, vises det til et toårig prosjekt for å harmonisere tildeling av rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrister for ulike pasientgrupper. Legeforeningen har lenge etterlyst og vil støtte opp under dette svært nødvendige arbeidet. Stor variasjon mellom tildeling av rett til nødvendig helsehjelp og behandlingsfrist for like pasienter viser en forskjellig forståelse av forskriften og mangel av faglige begrunnede retningslinjer. Dette fører til ulik tilgang på og fordeling av helsetjenester.

Forskriften bør etter en viss virketid evalueres i forhold til fritt sykehusvalg, offentlig helsestjenestes avtalefestede bruk av private sykehus og privatpraktiserende spesialister, og innsatsstyrt finansiering. Det er påvist at disse ordningene kan føre til at rettighetspasienter med alvorlige lidelser blir lavere prioritert enn pasienter uten

rett til nødvendig helsehjelp (upublisert, Legeforeningens forskningsinstitutt). Dette viser at det er andre krefter som virker sterkere enn forskriften når det gjelder prioritering av pasienter. Samtidig legger fordelingen av ressurser internt i foretakssystemet på regionalt og lokalt nivå tunge føringer for prioritering mellom pasienter. Det er derfor viktig å kunne koble prioriteringsbeslutningene som gjøres administrativt eller politisk på tilbudssiden med faglige vurderinger av pasientenes prioritet. En prosess som støtter opp under slike faglige informerte beslutninger på administrativt og politisk nivå ble foreslått i Lønning II, men er ikke gjennomført i praksis. Vi mener det er svært viktig at Helse- og omsorgsdepartementets toårige satsing for å harmonisere praksisen rundt prioriteringsforskriften også ivaretar dette perspektivet.

Legeforeningen, ved spesialforeningene, bør i større grad involveres i arbeidet med å gi faglige anbefalinger om tildeling av rett til nødvendig helsehjelp og harmoniseringen av individuelle frister. Helsemyndighetene må evaluere hvordan intensjonen bak prioriteringsforskriften blir ivaretatt i en situasjon hvor andre incentiver virker sterkt – blant annet innsatsstyrt finansiering i kombinasjon med rammefinansiering, variasjoner med hensyn til dekningsgrad, fritt sykehusvalg og avtalene mellom offentlig helsetjeneste og private tjenesteytere.

Samtidig er det svært viktig å se på prioritering ut over rett til behandling og behandlingsfrister innen spesialisthelsetjenesten. Kommunehelsetjenesten står for størstedelen av alle pasientkonsultasjoner. En liten prosentvis vekst i henvisninger fra kommunehelsetjenesten vil derfor føre til en stor økning i pasientvolum for spesialisthelsetjenesten. Det er av den grunn behov for

å avklare hvilke prinsipper og kriterier som gjelder for prioritering ut over virkeområdet til prioriteringsforskriften. Det videre arbeidet med prioritering bør således også omfatte kommunehelsetjenesten.

I en samlet vurdering av prioriteringen i norsk helsetjeneste ser vi at mange andre hensyn enn de faglige kan bli tillagt stor vekt i fordelingen av ressurser. Dette truer mulighetene for å drive god faglig virksomhet med pasienten i sentrum.

## Referanser

- <sup>1</sup> Hjort PF. Noe var bedre før – hvordan kan vi ta vare på det? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2069-72
- <sup>2</sup> ...og bedre skal det bli. En nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet 2004. [www.shdir.no/assets/10833/040329](http://www.shdir.no/assets/10833/040329)
- <sup>3</sup> Pasientombudet Helse Sør, Årsrapport 2004
- <sup>4</sup> ibid
- <sup>5</sup> Hjort PF. Noe var bedre før – hvordan kan vi ta vare på det? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2069-72
- <sup>6</sup> Pasientombudene, Helse Øst, Årsmelding 2004
- <sup>7</sup> Kvamme OJ. Samarbeid mellom legar. Ein studie av intervensjonar i samarbeid med allmennlegar og sjukehuslegar, ved kuttinnleggingar i somatisk sjukehus. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo, 1999.
- <sup>8</sup> Rasmussen K. Det umulige valget. Dagbladet (kronikk) 26. juli 2000.
- <sup>9</sup> Akre V, Falkum E, Hoftvedt BO, Aasland O. The communication atmosphere between physician colleagues: Competitive perfectionism or supportive dialogue? A Norwegian study. Soc Sci Med 1997; 44: 519-26
- <sup>10</sup> Årsrapport 2004 Kliniske etikk-komiteer, Seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo, 2005.
- <sup>11</sup> Styringsdokumentet til Regionale helseforetak 2004, Helse- og omsorgsdepartementet 2003.
- <sup>12</sup> Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i en medisinsk avdeling i 1998. Utredningsserie 7-99. Oslo: Statens helsetilsyn 2000
- <sup>13</sup> Prioriteringsproblemer knyttet til pasienter i gråsonen mellom 1. og 2. linjetjenesten. Kvantitativ beskrivelse. SINTEF Helse rapport nr STF78 A045017, 2004.
- <sup>14</sup> St.meld. nr. 4 (1999–2000) om akuttmedisinsk beredskap.
- <sup>15</sup> Pasientombudet, Helse Sør, Årsmelding 2004
- <sup>16</sup> ibid
- <sup>17</sup> Norges offentlige utredninger. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. NOU 2005: 3. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Oslo 2005.
- <sup>18</sup> ibid
- <sup>19</sup> Kvamme OJ. Samarbeid mellom legar. Ein studie av intervensjonar i samarbeid med allmennlegar og sjukehuslegar, ved akuttinnleggingar i somatisk sjukehus. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 1999.
- <sup>20</sup> Anthonen B, Grinsted P, Rubak JM. Praktiserende læger og praksiskoordinatorer. [www.legeforeningen.no/index.gan?id=47568&subid=0](http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=47568&subid=0)
- <sup>21</sup> Pasientombudet, Helse Sør, Årsrapport 2004
- <sup>22</sup> Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.
- <sup>23</sup> Akre V. Learning medical practice. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2003.
- <sup>24</sup> Norges offentlige utredninger. Hvem skal eie sykehusene NOU 1996: 5. Oslo: Statens forvaltningstjeneste 1996.
- <sup>25</sup> Norges offentlige utredninger. Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. NOU 2003: 1. Oslo: Statens forvaltningstjeneste 2003.
- <sup>26</sup> Akre V. Learning medical practice. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2003.
- <sup>27</sup> Sykehusreformen – noen eierperspektiv. Rapport Sosial- og helsedepartementet, 2001.
- <sup>28</sup> Batalden PB, Stoltz PK. A framework for continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. Jt Comm J Qual Improv 1993; 19(10):424-27
- <sup>29</sup> ...og bedre skal det bli. En nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet 2004. [www.shdir.no/assets/10833/040329](http://www.shdir.no/assets/10833/040329)
- <sup>30</sup> ibid.
- <sup>31</sup> Petter F. Hjort. Uheldige hendelser i helsetjenesten. Forslag til nasjonalt program for forebygging og håndtering. Rapport Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
- <sup>32</sup> Luxembourg-deklarasjonen, Europakommisjonen, april 2005.
- <sup>33</sup> Uttalelse til NRK fra Institutt for helseledelse og helseøkonomi UiO og SINTEF Helse jan 2005. <http://www.nrk/programmer/tv/puls/4480370.html>
- <sup>34</sup> Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter og Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd.
- <sup>35</sup> ibid
- <sup>36</sup> Norsk Pasientregister (NPR), dynamisk rapportgenerator, [www.npr.no](http://www.npr.no).