

DESEMBER 2006 #4

OVERLEGEN



- s. 2 **Sannhetens øyeblikk**
Redaktør av Espen Huldt-Nystrøm
- s. 4 **Ein trua art**
Leiar av Siri Tau Ursin
- s. 6 **Tidsserieanalyse og prosesskontroll**
Små datasett og sikkert resultat!
Av Ellen Tvetter Deilkås
- s. 10 **Fornuft, følelser og Fond III**
Av Rita Kolvik
- s. 12 **Elin-K**
Av Anny Spydslaug
- s. 14 **Medisinsk forskning**
Norge en taper?
Av Dag Rieve Kristiansen
- s. 16 **Lokalsykehusenes fremtid**
Av Arve Kristiansen
- s. 19 **Tariffkurs på danske båten**

UTGIVER: NORSK OVERLEGEFORENING,
PB 1152 SENTRUM, 0107 OSLO.
TLF.: 23 10 90 00 / FAX 23 10 91 50
INTERNETT: WWW.LEGEFORENINGEN.NO/
OVERLEGEFORENINGEN
REDAKTØR: ESPEN HULDT-NYSTRØM
E-POST: ehuldt-n@online.no
FOTO: SIDE 6 OG 14 ©SCANPIX
ØVRIGE FOTOS: ESPEN HULDT-NYSTRØM
LAY-OUT: ALLISON FLORIDA / FEBER
TRYKK: MERKUR-TRYKK AS,
PB 25 KALBAKKEN, 0901 OSLO
OPPLAG: 6600
FORSIDEN: FOTO ©THE IMAGE BANK/PAUL TAYLOR

Sannhetens øyeblikk

Tyren har resignert. Pusten hiver. Sverdspissen står mot nakken. Den skal dø, men forstår det neppe. Selv er den bare lei av leken. Det røde tøyestykket som tente en yr glede av lekenhet ga etter hvert mest slit, frustrasjon og smerte. Like greit å stå stille en stund, kreftene kommer alltid tilbake, og snart bør det dukke opp en høydott og noe vann.

På tribunen jubler man over en perfekt forestilling – en edel tyr, en fryktløs toreador; nådeløshet dosert med kald presisjon. Menn hojer av forventning om fullbyrdelse. Deres kvinner tier verdig, i ulmende begjær bak viftene – blod, smerte, skjønnhet, dyr og mann i en høyere enhet.

Toreadoren har for sin del gitt alt mot en kjempe, overlegen i temperament, størrelse, fart og styrke. Pyntet elegance mot brutal kraft maner sannhetens øyeblikk frem; en gripende stund. Snart mottar han tyrens øre.

Tyrefektingen har som man ser flere sider. Verken dets hensikt eller verdinormer er gitt. Et respektfullt standpunkt til fenomenet må omfatte refleksjon og avveininger hos den enkelte. I dette lys avsløres sannhetens øyeblikk som en illusjon.

Behovet for undring om sannhet er universelt. Men makthavere kan ofte finne refleksjonen brysom. Et presteskap har eksempelvis alltid vært nyttig for å dempe selvstendig tenkning. Gudseiernes suksess ligger i evnen til å lage troverdige overbygninger som strider mot erfart virkelighet - slik som at underkastelse gir frelse og lykke, eller at Gud også elsker de fattige. Før vi fant opp ulike gudskrefter til formålet, fantes andre metoder.

Og nye dukker opp. Etter Hitler-Tysklands vekst og fall ropte alle ut i natten: «Hvordan kunne dette skje?» Kreftene som virket hadde likevel vært tydelige nok for den som ville se. Et scenario der manglende nysgjerrighet kobles til fundamentale sannheter kan være eksplosivt skadelig.

På den annen side: Når sannheter blir svært relative kan mangelen på eksistensiell undring vippe oss ned i den andre grøften, den dekadente. Vi som sitter og dingler med bena på kanten av denne bør innrette oss slik at vi i fremtiden kan unngå å måtte hykle i falsett: «Hvordan kunne det skje?»

...

Vi må innse at spesialisthelsetjenesten er et potensielt havariområde for samspillet mellom refleksjon og sannhet. Snart er bare et fåtall vitenskapsmenn, med oversikt over ultrasofistikerte metoder, berettiget til å definere våre profesjonelle sannheter. Vi andre må forholde oss til prosedyrene.

Viser dette vår økende ydmykhet overfor egen begrensning og det sannes relativitet, er vi på rett vei. Men uttrykker det troskap til absolutt sannhet – som vi til overmål fraskriver oss å ta stilling til fordi den kommer ovenfra – er det fare på ferde.

Rasjonell drift tiltaler alltid myndighetenes logikk. Ressurser kan spares – på å unngå å stille unødvendige spørsmål, og på å unngå problemer som følge av svarene. *Ordnung muss sein!* Også i vår egen leir kan enkle oppfatninger gis troverdighet som udiskutabel sannhet på vitenskapens vegne. Da er vi i samme båt som våre administratorer når de eksponerer sannhet på sitt vis. Makrotall er fristende tydelige og kan opphøyes til Betlehemsstjerner som kaster sitt klare lys over virksomhetenes krybber.

Prosedyrer kvalitetssikrer virksomhet. Men hvis ikke prosedyrene selv kvalitetssikres løpende ved verdigrunnlag og etisk refleksjon blir de fort et betenkelig redskap. I følge «prosedyren» risikerer pasienter i sykehjem å måtte legges for natten klokken 15, og få bade en gang i måneden enten det er nødvendig eller ikke. I enkelte sykehus tillater ikke «prosedyren» at innlagte pasienter prioriteres til MR fordi poliklinikk er mer lønnsomt.

Når avsløringene kommer kryper den etiske inkompetanse musestille sammen bak tastaturene, mens vi uten myndighet piper: *Hvordan kunne det skje?*

Snikende avmoralisering følger av økonomiske insentiver. Innsatsstyrt finansiering skulle hvile på legers diagnosepraksis – som omgående ble redefinert til taksameter i foretakene og justert ad hoc. Et taksameter er nå et av de viktige verktøy for å levere rettigheten spesialisthelsetjeneste. En ekspert fra Sykehuset Østfold, som beredvillig lærer opp resten av Helse-Norge presiserer det slik: *Dere må huske å alltid sette en J-diagnose først!* På den annen side skal koden for søvnapnoe fortsatt ikke anvendes selv om pasientene har utviklet apnoe på grunn av sine store tonsiller.

På dette grunnlag forlanger direktørene riktig koding. Noen av oss har problem med kravet. *Riktig?* Nei, de forlanger uriktig koding, juks, men bare den delen av jukset som ikke oppdages – eller er gitt status som lovlig. Vi snakker om juks i fellesskapets tjeneste. Kanskje kan det argumenteres godt for ordningen. Og kanskje er det småting å sikre seg og pasientene noen skarve millioner på den måten. Men i andre regimer der rett og galt ble definert etter kortsiktig egennytte var ikke alltid resultatet til å leve med da sannhetens øyeblikk opprant.

Man ser det for seg: Betlehemsstjernen stråler over en tom krybbe med tannmerker langs alle sidene. De hellige tre konger har galoppert videre med det meste av gullet, etter en vellykket dag. Rundt krybben er det ellers nokså stille. Oksen ligger urørlig ved siden av, med avskåret øre og et sverd i nakken. Og asenet og alle de andre har for lengst forlatt tribunen for å finne på noe morsommere.

God jul.



Espen Huldt-Nystrøm

Ein trua art

AV SIRI TAU URSIN

Det går rykte om at den gamle avdelingsoverlækjaren er død, eller at han i alle fall er utryddingstrua. I hans, eller hennar stad har me fått nyskapingar som avdelingsleiarar, avdelings-sjefar, klinikksjefar, direktørar og andre med profesjonsnøytrale titlar. Medan ein før visste at avdelingsoverlækjaren hadde det øvste faglege, administrative og økonomiske ansvaret ved avdelinga er det i dag slik at sjølve tittelen ein har seier til dels svært lite eller ingenting om tilhøyrande ansvar og myndigheit. Det er på sin plass å spørje seg korleis det har blitt slik, og om dette er ei utvikling som me kan seie oss nøgde med.

Føretaksreforma skulle vere ei fagreform samstundes som ho og skulle representere ei administrativ kursendring. Saman med vedtaket om *ein* leiar på alle nivå i sjukehusa var det ein ambisjon om at reforma skulle modernisere organiseringa ved føretaka våre etter modell av New Public Management. Føretaka skulle vere eigne juridiske einingar, administrasjonane skulle slankast og effektiviserast, økonomistyringa skulle betrast og aksjelova vart, i alle fall delvis, gjort gjeldande. I det heile tatt var det mykje nytt på ein gong, og ambisjonsnivået var høgt. I ettertid er det i høgste grad delte meiningar om kor vellukka reforma har vore når det gjeld det faglege innhaldet, og det er ikkje minst grunn til å stille seg tvilande til om dei administrative endringane kan seiast å vere i samsvar med forventingane.

Det er diverre ei sanning at ved nokre av våre føretak er avdelingsoverlækjaren avliden, og samstundes har lækjarane mange stader fått ei svekka

leiarrolle samanlikna med før reforma. Det er fleire årsaker til dette. I nokre tilfeller har lækjarane sjølve vegra seg for å ta på seg dei nye leiarrollene som har kome i samband med omorganisering. Andre gonger har lækjarane ikkje nådd fram i kampen om leiarstillingane, dette er fyrst og fremst der avdelingsoverlækjarstillingane har blitt fjerna eller er gjort om til profesjonsnøytrale leiarposisjonar. Så kan ein spørje seg kvifor lækjarar trass i desse endringane ikkje er sjølvskrivne til å leie avdelingar? Her er svara mange, mellom anna har manglande formell leiarkompetanse diskvalifisert fleire dyktige kollegaer med årelang reell leiar-erfaring. Mange stader var det ei forventing frå andre yrkesgrupper om å skulle få sin del av dei nye leiarstillingane som kom i samband med føretaksreforma. Fleire kolleger følte seg regelrett sett til side av di andre skulle kvoterast inn i leiinga. Tida då me var sjølvskrivne leiarar i sjukehusa er forbi, me konkurrerer no med ulike yrkesgrupper, både med og utan helsefagleg bakgrunn, mange av dei med leiarutdanning på Master nivå. Diverre kjem me altfor ofte til kort i denne konkurransen av di me ikkje alltid kan vise til den etterspurde formelle kompetansen.

Tidlegare vart avdelingsoverlækjaren sett på som 'primum inter pares'; først mellom likemenn. Då var det gjerne dei faglege kunnskapane som var avgjerande for om ein fekk funksjonen som avdelingas øvste leiar. Etter kvart som avdelingane har vakse i storleik og talet på lækjarar har auka så har nok administrative evner og leiar-kunnskap vorte viktigare, men framleis har utøving av faget vore ein del av kvardagen til avdelingsoverlækjaren



sjølv ved dei største avdelingane. Omgrepet 'fagleg leiing' har og fått ein plass i vårt nye leiingsvokabular. Me vil sjølv sagt ha fagleg dyktige leiarar, men det er ikkje nok å vere leiande i fagleg samanheng, me treng medisinske leiarar med alt det inneber av ansvar for administrasjon, personell og økonomi i tillegg til faget!

Me har og fått ei ny gruppe lækjarar i såkalla leiande fagstillingar, nemleg dei som sit i stab. Desse har berre rådgjevande funksjon i faglege spørsmål, og sit dermed utan å kunne utøve reelt leiarskap. Legeforeningen har på det sterkaste råda kollegaer frå å ta slike stillingar, men det er diverre slik at det nok ikkje har vore like klart for alle kva det inneber å sitje i stab og ikkje i linje.

Overlegeforeningen seier i Prinsipp og Arbeidsprogrammet, PAP, at medisinsk leiing må vere ei oppgave for ein lækjar som er spesialist i relevant fagområde. Det ligg altså frå vår side føre eit heilt klart prinsipp om at lækjarar bør ta på seg leiande stillingar ved føretaka våre. Vidare meiner me at lækjarar i leiarstillingar må gis betre rammevilkår for å kunne utøve funksjonen som leiar. Det er nok i høve til rammevilkåra i vidaste forstand at dei fleste slit mest for tida. Ein kvardag prega av den eine budsjettkrise etter den andre, nedskjeringar og ikkje minst stadige endringar av rammene gjer at mange slit med å få til den daglege drifta. Nokre stader er krava til innstraming i budsjetta så drastiske at det nærmar seg det uforsvarlege. Då er det krevjande å vere den medisinske leiaren, kor går grensa for kva avdelinga kan tåle av kutt før

det er uforsvarleg å drive vidare? Fleire kolleger i leiarstillingar kring om i landet slit med slike vanskelege problemstillingar, og det er ikkje lett å vite kva som er rett. Godtek ein rammer som gjer drifta umogeleg eller til og med uforsvarleg så fører ein seg sjølv og avdelinga ut i uføre; aksepterer ein det ikkje ender ein kanskje med å måtte ta sin hatt og gå. Og kva skjer då? Jo, då står det gjerne andre klar i kulissene, og så har avdelinga plutsleg korkje medisinsk leiing eller eit leveleg budsjett.

Er så alt berre svart på leiingsfronten? Svaret på det må bli nei, heilt svart er det jo ikkje. Mange dyktige kolleger gjer ein svært god jobb i ulike leiarstillingar i føretaka våre, og avdelingsoverlækjaren lever i beste velgåande mange stader. Of sitt leiarutval er aktivt, og no har det nett kome ein invitasjon frå sentralstyret til å ta del i eit nytt, sentralt leiarutval saman med dei andre yrkesforeningane. Medisinsk leiing er viktigare enn nokon gong før, og det lover godt for utviklinga at Dnlf sentralt no og markerer dette ved å setje leiing på dagsordenen. Me vil gjerne ha flinke, motiverte lækjarar til å vere leiarane våre, og då er det viktig at me er gode kollegaer og støttespelarar; det kan vere både einsamt og vêrhardt på toppen. Ein klapp på skuldra, litt ros i ny og ne, det skal ikkje alltid så mykje til. Ta vare på leiarane våre; avdelingsoverlækjaren er kanskje på lista over verneverdige artar, men me må kunne hindre at arten dør ut!

Siri Tau Ursin er leiar av Of

Tidsserieanalyse og prosesskontroll

Små datasett og sikkert resultat!

AV ELLEN TVETER DEILKÅS

Kunnskapsbasert praksis forventes å være forankret i forskningsmetoder som gir statistisk sikre resultater. Mange klinikere vil mene at slike metoder forutsetter mange observasjoner. Metoden statistisk prosesskontroll krever imidlertid færre observasjoner for å gi statistisk sikre resultater og er mindre kjent blant klinikere. Økende interesse for prosessforbedring i klinisk arbeid gjør det relevant å presentere metoden her slik at flere klinikere kan bli kjent med den og kanskje ta den i bruk.

TIDSSERIEANALYSE

For å kunne trekke statistisk sikre konklusjoner er mange klinikere vant til at det stilles krav til høyt antall observasjoner. Når observasjonene imidlertid utgjør en tidsserie reduseres kravene til antall observasjoner betraktelig. Det er fordi et sett av observasjoner som er gjort etter hverandre med jevne mellomrom er noe helt annet og mer informativt enn en gruppe observasjoner som er gjort samtidig. Kunnskap om tidsserieanalysemetoder er derfor relevant for klinikere som vil gjennomføre forbedringsprosjekter i egen avdeling, samtidig som de ønsker at resultatene skal være statistisk sikre.

BEGRUNNELSE

Sett at en prosess har en kjent og stabil medianverdi; for eksempel kan medianen for pasientandelen som var svært fornøyd med et ukesopphold i avdelingen i de siste 3 årene ha vært 60 %. Plottet uke for uke var det naturlig variasjon, noen uker var det mer enn 60, andre uker mindre. Men plottet viser en stabil prosess som svinger omkring et bestemt nivå. Så gjør vi en intervensjon: Vi melder tilbake til avdelingen hva pasientene sier om denne og andre avdelinger. Uka etter ligger prosenten over 60; i en stabil prosess er sannsynligheten for dette 50 %; det kan like gjerne svinge litt opp som litt ned. Også neste uke ligger tilfredsheten høyere enn prosessens tidligere medianverdi. I en stabil prosess er sannsynligheten for at dette skjer to påhverandre følgende uker $\frac{1}{2} * \frac{1}{2} = 25\%$. Verken dette, eller at verdien i uke 3 fortsatt

er høy ($\frac{1}{2} * \frac{1}{2} * \frac{1}{2} = 12,5\%$ sannsynlighet) er et viktig signal. En kan heller ikke i uke 4 våge å tro på en forbedring; fire gode uker på rad vil skje i $(\frac{1}{2})^4 = 6,25\%$ av tidsserieobservasjonene av en prosess der ingen endring har skjedd.

Men sannsynlighetene for å observere en prosentandel høyere enn medianen fem uker på rad er bare $(\frac{1}{2})^5 = 3,125\%$ om prosessen er stabil. Dermed har vi et statistisk sikkert signal om endring i prosessen: Pasientene ser faktisk ut til å ha blitt mer fornøyd ($p < 0,05$). Nøkkelen til å oppdage signalet i så få observasjoner er å se at konsekutive observasjoner er noe annet enn samtidige tverrsnittobservasjoner.

Kanskje ønskes litt flere observasjoner. Vil en ikke løpe så stor risiko som 5 % for å tro på en tilfeldighet, men maksimalt 2 %, må en ha sju på rad over gjennomsnittet (for $(\frac{1}{2})^7 = 0,78125\%$, dvs under 1 %), og vil en ikke løpe større risiko enn 5 promille, må en ha åtte på rad (for $(\frac{1}{2})^8 = 0,390625\%$, altså under 0,5%).

Det er viktig å holde fast ved at en ikke kan si statistisk sikkert at en har oppdaget en endring i en prosess uten at en har minst fem oppfølgingsobservasjoner.

STATISTISK PROSESSKONTROLL

Skal en unngå å se spøkelses, men samtidig oppdage signalene som finnes i små datasett ordnet over tid, må en kjenne de formelle teknikker som finnes for å analysere tidsrekker. Det er altså to: Tidsserieanalyse og statistisk prosesskontroll. Vi skal her forsøke å gi en intuitiv forståelse av hva statistisk prosesskontroll er med noen eksempler.

Utgangsideen er «naturlig variasjon». Alle prosesser, også de helt stabile, er kjennetegnet av naturlig variasjon, og oppviser litt ulike verdier på ulike tidspunkter. Fordi alt styres/påvirkes av en lang rekke faktorer vil prosessresultater fordele seg «nokså normalt». Å kjøre til jobben, for eksempel, tar som oftest normalt lang tid. Men noen ganger går det utrolig greit (liten trafikk, bare grønne lys), andre ganger tar det håpløst lang tid (alle

Tabell 1. Andel tilfredse pasienter uke for uke gjennom 10 uker

UKE 1	UKE 2	UKE 3	UKE 4	UKE 5	UKE 6	UKE 7	UKE 8	UKE 9	UKE 10
72%	78%	69%	71%	66%	70%	66%	73%	76%	74%

kjører samtidig med oss, bare røde lys, damer får motorstopp og menn med hatt kolliderer etc, etc). Slike dager har et spesielt navn: «The day from Hell». De er fryktelige, men de gir ingen grunn til angst for at det nå går nedover. Vi vet jo at det ikke er fordi vi er blitt dårligere til å kjøre at turen tok så lang tid i dag; kjøretiden var bare et uttrykk for prosessens normalvariasjon. I statistisk prosesskontroll kalles det også for "common cause" variasjon. Den skyldes, som navnet sier, et sett av faktorer som er til stede hele tida. Noen av dem trekker oppover, andre nedover, og noen ganger er de som trekker oppover litt sterkere, andre ganger dominerer de som drar nedover. Derfor svinger prosessverdiene opp og ned – men så langt variasjonen bare er "common cause variation", vil den svinge omkring et gitt nivå.

Et annet berømt anekdotisk eksempel er beretningen om flyvåpenobersten som av prinsipp refset alle som landet med et hump. Han kunne glede seg over å få bekreftet sin pedagogiske teori hver gang: Refs er effektivt siden nesten ingen gjorde to ekstremt dårlige landinger på rad. Ros, derimot, er feilslått, fordi den som fikk skryt for en eksepsjonelt jevn landing, nesten aldri klarte å lande så fint neste gang. Men regresjon mot middelveidien er den naturlige variasjonens vesen, og stabile prosessers stemme.

PROSESSENS STEMME

Hvordan finner en så prosessens stemme? Hvordan identifiserer en trender og verdier som varsler at her

er det ikke bare naturlig variasjon, men noe spesielt som er på ferde?

Det gjøres ved å tegne diagrammer der en plottet observasjonene over tid ("Plot the dots!") Diagrammene er av to hovedtyper: Run-diagrammer og kontroll-diagrammer.

RUN-DIAGRAM

Et run-diagram er et tidsserieplott som viser observasjonsrekka og dens medianverdi.

Medianen er verdien til den observasjonen som ligger midt i den rangordnede fordeling av observasjoner, slik at den ene halvparten av observasjonene har lavere verdier, den andre halvparten høyere.

Et talleksempel gjør det tydelig. Om vi i hver uke i ti uker har observert andelen tilfredse pasienter, kan tallene se ut som i tabell 1.

I rekka av prosenter er de fem laveste verdiene 66,66,69,70, og 71 og de fem høyeste 72, 73, 74, 76, og 78. Medianverdien blir dermed $(71+72)/2 = 71,5$.

To tester på om run-diagrammer viser mer enn normal fluktusjon rundt et gitt nivå, er om det forekommer «for lange» runs, eller om det inneholder for mange stigende eller synkende verdier på rad.

1) «For lange» runs er avhengig av hvor mange observasjoner en har. Har man under 20 brukbare observasjoner, det vil si observasjoner som ikke ligger på medianen, vil «for lange»

runs utgjøre 7 eller flere observasjoner. Har man 20 eller flere observasjoner vil «for lange» runs utgjøre 8 eller flere observasjoner.

2) «For mange stigende eller synkende observasjoner på rad» sjekker om tidsserien inneholder noen trend. Hvor mange observasjoner som må til for å utgjøre en trend er ifølge Carey og Lloyd følgende; ved 5-8 brukbare observasjoner vil «for mange stigende eller synkende verdier på rad» utgjøre 5 eller flere, ved 9-20 observasjoner 6 eller flere, ved 21 eller flere observasjoner 7 eller flere.

Testene viser kun om en kan forkaste nullhypotesen om at ikke noe spesielt har skjedd. Årsakene til midlertidige nivåskift og trender må diskuteres for seg.

Nøkkelen er å se at konsekutive observasjoner er noe annet enn samtidige tverrsnittsobservasjoner.

KONTROLL-DIAGRAM

Noen ganger kan man ønske å analysere variasjonens størrelse eller studere enkeltavvik nøyer for å kunne se om ekstremverdier kan forklares ut i fra spesielle omstendigheter.

Et kontrolldiagram inneholder observasjonsrekka, dens gjennomsnittsverdi og øvre og nedre kontrollgrense, dvs grensene for normalvariasjonen i den observerte prosessen.

Kontrollgrensen angir grensene for normalvariasjonen i prosessen, verdier utenfor dem er så sjeldne at de antagelig betyr at disse tilfellene er det noe spesielt med. I slike tilfeller bør en vurdere om det bare var vedkommende pasient eller gruppe pasienter som var så annerledes at det måtte være slik, eller om prosessen er uhensiktsmessig konstruert – generelt, eller for denne typen pasienter.

På en av plenumsamlingene i Gjennombrudds-prosjektene Psykiatri viste man et kontrolldiagram med store utslag – det dreide seg om beltelegging, og vedkommende institusjon hadde høye tall for juli, og mange av deltakerne sa spontant «aha, så det var hos dere Fredrik var den sommeren».

KONKLUSJON

Selv om forbedring av kliniske prosesser godt kan gjennomføres uten bruk av statistiske metoder vil slike metoder styrke argumentasjonen for tiltak som krever organisatoriske endringer og bedre rammebetingelser.

Mange klinikere betrakter mulighetene for å forske på kliniske forbedringstiltak som svært små fordi man forutsetter nødvendigheten av store datamaterialer og mye ressurser. Statistisk prosesskontroll vil kunne være en metode som kan styrke klinisk forskning, samt rammene for og innholdet i klinisk arbeid, hvis metoden tas i bruk.

Ellen Tveter Deilkås har her bearbeidet kapittel 7 i referanse 1 nedenfor. Hun er medlem av Pasient-sikkerhetsutvalget i Dnlf, spesialist i indremedisin og stipendiat ved Helse Øst kompetansesenter for helsetjenesteforskning (HØKH)

LITTERATUR

- 1) «Rapport fra gjennombruddsprosjekt psykiatri» ved Professor Dag Hofoss, Skriftserie for leger, Dnlf, 2002. (<http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=10253>)
- 2) Carey, R.G and Lloyd R. C: *Measuring Quality Improvement in Healthcare*. Milwaukee, Wisconsin: quality Press 2001.
- 3) Wheeler DJ, Chambers DS. *Understanding Process Control*. SPC Press, Knoxville, Tenn. 1992.

FORNUFT, FØLELSER OG FOND III

AV RITA KOLVIK

Legeforeningens landsstyre har fattet vedtak om samarbeid med legemiddelindustrien. Dette har påvirket reglene for Utdanningsfond 3 – med påfølgende utfordringer for fondsforvalterne, og frustrasjoner for flere søkere. Medlemmene kan gjøre det enklere for seg ved å kjenne regelverket for bruk av fondet.

Fondsstyret oppfordrer den enkelte til å sette seg inn i regelverket og følge det, slik at man får det tilskudd man er berettiget til.

Utdanningsfond III mottar nesten 6000 søknader om refusjon av utgifter per år. De aller fleste av disse behandles administrativt i sekretariatet. Noen får avslag fordi de sender søknaden etter fristen på 3 måneder, eller på andre måter ikke tilfredsstillere kriteriene for tilskudd. Ved avslag kan søkeren klage; saken blir da tatt opp i fondsutvalget som er et partssammensatt utvalg med representanter fra Legeforeningen, departementet og arbeidsgiversiden. Mange av kollegene synes regelverket, og fondsstyrets håndhevelse av det, er unødvendig firkantet og i for liten grad tar hensyn til den enkeltes begrunnelser.

Svært mange klagesaker gjelder for sent innsendt søknad. Stort sett er det kun egen sykemelding i perioden som gir grunnlag for fravikelse av reglene her. Årsaken til at fristen på 3 måneder håndheves strengt, er at en ellers lett ville få en gråsoner hvor søknadene ble mer vilkårlig behandlet. En frist på 3 måneder burde også være mer enn tilstrekkelig for å sende inn reiseregning. Til sammenligning har de fleste helseforetak frist på 2 måneder.

Etter vedtaket i landsstyret i 2004 ble regelverket skjerpet i forhold til hvordan Legeforeningen vil forholde seg til legemiddelindustrien. Landsstyremøtet i 2005 opprettholdt vedtaket. Alle norske kurs skal være avholdt uten bistand på noen måte fra industrien fra 1.1.2005. I etterkant

av landsmøtet slo sentralstyret i en utredning fast at all «økonomisk og praktisk» bistand fra firmaer utelukker støtte fra fondene. (Se «Retningslinjer for vurdering av kurs i relasjon til legers videre- og etterutdanning»)

Flere kolleger mener å ha handlet i god tro da de deltok på utenlandske kongresser og lot industrien fungere som reisebyrå for seg. Disse søknadene har fondsstyret etter grundig gjennomdrøfting avslått i henhold til vedtaket i Legeforeningen. Dette har blitt oppfattet som svært urimelig av flere kolleger.

Fondsstyret har videreformidlet dette til Legeforeningen. Sentralstyret har nå hatt en ny gjennomgang av saken, og har vedtatt at regelverket skal evalueres høsten 2006.

Utdanningsfondene er av stor verdi for medlemmene. Legeforeningen har brukt mye energi i forhandlinger for å opprettholde innskuddene her. Med dagens forvaltning har man greid å opprettholde balanse mellom innskudd og uttak, slik at målsetting om likviditet opprettholdes. Et økende antall søknader per år, fra 5 590 i 2004 til 5 996 i 2005, sees i tråd med økningen av legeårsverk. Denne saksmengden er en betydelig arbeidsutfordring; en person i sekretariatet arbeider på heltid med dette.

Fondsstyret oppfordrer den enkelte til å sette seg inn i regelverket og følge det, slik at man får det tilskudd man er berettiget til. Dersom det er uklareheter ber fondsstyret om tilbakemeldinger slik at regelverket kan forbedres. Når det gjelder vedtak i landsstyret kan vi bare oppfordre medlemmene til aktiv deltagelse i foreningens styrende organer slik at de riktige vedtak fattes!

Rita Kolvik er leder av fondsstyret i Utdanningsfond III

Retningslinjer for utdanningsfond 3 ligger på nettsidene www.legeforeningen.no/?id=77157

ELIN-K

Prosjekt for elektronisk informasjonsformidling i pleie- og omsorgssektoren i kommunene.

AV ANNY SPYDSLGAUG

Norsk Sykepleierforbund (NSF) tok vinteren 2005 initiativ til å opprette et prosjekt for elektronisk informasjonsutveksling med utgangspunkt i pleie- og omsorgssektoren i kommunene. Prosjektet skulle bygge på erfaringene fra Dnlf's prosjekt for informasjonsoverføring for legepraksis (ELIN-prosjektet). Elin-K-prosjektet er forankret i kommuneprogrammet under S@mspill 2007 som er myndighetenes strategi for informasjons- og kommunikasjonsteknologi i helsesektoren. Prosjektet finansieres av Sosial- og helsedirektoratet, NSF og Innovasjon Norge.

I styringsgruppen var NSF, Sosial- og Helsedirektoratet, KS, Dnlf, Nasjonal IKT, Stavanger kommune og Innovasjon Norge representert. Prosjektgruppen besto av 2 fastleger og representanter fra flere kommuner og universitetssykehus. Prosjektledelsen ble ivaretatt av NSF

ELIN-K skal kartlegge, beskrive og koordinere helsefaglige krav til elektronisk kommunikasjon.

Bakgrunnen for ELIN-K er blant annet at utviklingen har gitt kortere liggetid i sykehus, og at flere pasienter overføres kommunenes pleie- og omsorgstjenesten tidligere i behandlingsforløpene. Behovet for samhandling mellom nivåene i helsesektoren vil være stort både nå og i fremtiden.

Informasjonstrømmen innen pleie- og omsorgssektoren er stor og kompleks. Man har sett behov for å forenkle, standardisere, kvalitetssikre og effektivisere den gjennom elektronisk samhandling.

Prosjektets hovedmål er å bidra til til mer og bedre samhandling, og sikre informasjon til rett tid og til rett person slik at forsvarlig helsehjelp kan utøves. Slik sikres helhetlige forløp i helse- og omsorgskjeden. Mer konkret skulle ELIN-K innebære å kartlegge, beskrive og koordinere helsefaglige krav til elektronisk kommunikasjon mellom aktørene i helse- pleie- og omsorgstjenesten. Kravene skulle angå både innhold, struktur, funksjonsdyktighet, arbeidsflyt, presentasjon, implementering i elektronisk pasientjournal (EPJ) og utprøving av EPJ. Prosjektet ble avgrenset til å dreie seg om meldinger knyttet til EPJ.

ELIN-K forutsetter pasientsamtykke

Prosjektet har sett på forutsetninger for gode EPJ-løsninger, elektronisk samhandling og generelle krav til informasjonsutveksling. Funksjonskrav er utarbeidet for pleie- og omsorgssystemer, fastlegesystemer, spesialisthelsesystemer og legevaktssystemer.

ELIN-K var ute til høring våren 2006. Styret i Overlegeforeningen mente den gang at utredningen er et omfattende og grundig grunnlag for videre arbeid med systemer for informasjonsoverføring mellom ulike deler av førstelinjetjenesten, og mellom førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Funksjonskravene er svært detaljerte og muligens for omfattende. Mye tid vil gå med til å fylle ut til dels omfattende opplysninger. Den enkelte pleier som til enhver tid må beherske omfattende data-systemer, maskinvare, overføringssystemer m.m. blir avkrevd stor kompetanse.

En mengde sensitive opplysninger vil sendes mellom aktørene. ELIN-K forutsetter pasientsamtykke, men det kan stilles spørsmål om alle parter alltid har behov for all informasjon for å yte god behandling.

Neste fase i prosjektet er å utvikle EPJ-løsninger

Sentralstyret i Legeforeningen påpekte i sitt hørings svar at pasientens personvern og konfidensialitet var viktig å ta hensyn til. Kun helsepersonell med behandlerrolle bør få tilgang til informasjon om den enkelte pasient. Omfattende pasientopplysninger vil være lagret flere steder og derfor medføre sikkerhetsmessige utfordringer. Man må unngå at tilgang til pasientopplysninger blir utvidet uten at det er nødvendig for god behandling og pleie.

Sentralstyret påpeker at ELIN-K mangler beskrivelse av kommunikasjon med spesialister utenfor sykehus. Mange pasienter med kroniske lidelser følges opp av slike spesialister som er aktører på linje med alle som ellers er omfattet i prosjektet. Videre mener sentralstyret at sykehjemmene må spesifiseres som egen enhet, dvs. atskilt fra beskrivelsen av PLO for hjemmeboende. Disse to systemer krever forskjellige løsninger.

Det vil være store krav til maskin og programvare; for eksempel må enhver hjemmesykepleier ha bærbar PC – med de praktiske, tekniske og sikkerhetsmessige utfordringer det vil medføre. Systemene må være sikre og kompatible. At kommuner og spesialisthelsetjeneste har ulike EPJ-systemer vil

være utfordrende og medføre omfattende krav til IKT-leverandører. Innenfor IKT skjer utviklingen raskt. Betydelig tids- og personell- og økonomiressurs vil kreves for å implementere forslagene.

Viktige rammer er nå definert. Neste fase i prosjektet er å utvikle EPJ-løsninger i pleie- og omsorgstjenesten, på fastlegekontoret og i sykehusene – samt i tillegg sikre at løsningene taes i bruk og at de brukes riktig. Prosjektet er planlagt avsluttet 2008.

Anny Spyds laug er styremedlem i Of



Medisinsk forskning Norge en taper?

AV DAG RIEVE KRISTIENSEN

Annet hvert år kommer det statistiske rapporter om at Norge fremstår som det land i Norden som bruker minst ressurser på forskning. I 2003 brukte vi 1,75 % av brutto nasjonalprodukt til forskning og utvikling. Sverige brukte 4,3 %. Vår regjering legger opp til en økning til 3 % innen 2010; medisinsk forskning er et av satsningsområdene.

Kunnskapsministeren gjør politisk fotarbeid i forskningsfeltet.

Andelen publikasjoner fra klinisk medisin i Norge i årene 2000-2004 ligger på gjennomsnitt for Norden. Men vi kritiseres internasjonalt for at samarbeidet mellom klinisk medisin og basalvitenskap er for dårlig. I tillegg er der en økende tendens til at medisinsk forskning utføres av andre grupper enn leger og at samarbeidet med næringslivet er mindre enn i andre vestlige land.

Leger i Norge bør ha en viktig plass i forskningen. Men trenden har vært å velge seg bort fra forskning og over i rent klinisk arbeid, gjerne i privat virksomhet. Årsakene kan være mange, men dreier seg ikke sjeldent om økonomi og en synkende prestisje i norsk, akademisk medisin. Hvis etterspørselen etter forskning ved alle salgsansettelser er fraværende, vil interessen for forskning naturlig nok gjenspeile dette. Men det er ikke tilstrekkelig å etterspørre. Det må også legges økonomiske og karrieremessige føringer som stimulerer til vitenskapelig arbeid.

Det er både ønskelig og nødvendig med slik stimulering – på alle nivå i helsevesenet. Men det vil være illusorisk å tro at man samtidig kan neglisjere kontakten med de etablerte miljøer på universitetssykehusene. Derfor må det gis økonomiske og faglige incitament til universitetsmiljøene, som bør kobles til de mindre miljøene gjennom et samarbeidsorgan med faglig ansvar.

Norge kritiseres internasjonalt for at samarbeidet mellom klinisk medisin og basalvitenskap er for dårlig

Et slikt samhandlingsråd eksisterer. Men de midler som det enkelte foretak disponerer til forskning knyttes i stor grad opp til doktorgradsstipendiater. Og det er kun ved de største sykehusene (og knapt nok der), man finner fordypningsstillinger hvor minst 50 % av arbeidstiden brukes til forskning og/eller fordypning.

Det vil også bli konkurranse om midlene og hvilke grener av medisinen som skal prioriteres,

eksempelvis psykiatri og rus kontra somatikk og teknologi etc. Her er det dog klare politiske føringer.

Kanskje er legene selv et hinder for at sykehusene skal prioritere forskningen høyere enn i dag. Derfor må Legeforeningen vise at vi vil prioritere forskning og utvikling i våre sykehus - gjennom økte krav til lønnskompensasjon og bedre arbeidsforhold. Hvis dette prioriteres i lønnsforhandlingene, vil det gi sterke signaler til sykehuseier og kanskje endre noen holdninger.

Kanskje er legene selv et hinder for at sykehusene skal prioritere forskning høyere.

I høy grad dreier dette seg om å prioritere ressurser. Hvor tar de vegen og hva skal de brukes til? Jeg er slett ikke sikker på at sykehusene har vilje eller evne til å inkludere forskning som en viktig del av daglig arbeid i avdelingene. Tvert i mot opplever vi at produktivets- og effektivitetskrav dominerer våre prioriteringer. Per i dag savnes føringer for hvordan forskning skal kunne implementeres i en klinisk hverdag. Her trengs forpliktende politiske styringssignaler.

Er det mulig å legge forskning inn som en obligatorisk del av medisinstudiet? Kan man tenke seg å stake ut alternative karriereveier etter gjennomført studium som legger klare føringer i retning av forsker-, klinisk- eller administrativ karriere? Det er uansett viktig at man lønnsmessig ikke skal tape på å velge det ene eller andre. Kanskje burde forskningen endog ha et ekstra økonomisk løft. Slik kunne den bli mer synlig i den kliniske hverdagen. Og slik kunne den møte foretakenes økende behov for å ettergå og kvalitetssikre virksomhetens ulike elementer.

Overleger har ansvar for behandling, utdanning og forskning. De to første er vi ganske gode på, men er vi flinke nok på det siste?

Dag Rieve Kristiansen er styremedlem i Of

Lokalsykehusenes fremtid

AV ARVE KRISTIANSEN

Den norske lægeforening slapp i april temaheftet «Lokalsykehusenes fremtidige rolle». Diskusjonen har etter dette fått ny vind i seilene. Lenge diskuterte man på spissfunksjoners og akutfunksjoners premisser. Virksomhet som ikke var «spiss» eller «akutt» ble annen klasser. Men helhetlig pasientperspektiv gjeninnføres nå ved at spisskompetanse og breddekompetanse defineres, og deres innbyrdes avhengighet påpekes. Kvalitet på tjenester til store, men lite synlige pasientgrupper synliggjøres. Berettigelsen av, og status for, fagfeltene som håndterer dem kan tre frem. Overlegeforeningens årskurs behandletemaet i vår, se Overlegen 2006no2 (www.legeforeningen.no/index.gan?id=6308&subid=0)



I et notat til Helse-Nord deler Direktør Schrøder ved Universitetssykehuset i Nord-Norge sine tanker med oss om den økonomiske situasjonen og mulige strukturendringer i regionen. Han hevder bl.a. at det er for mange sykehus. Ett sykehus innenfor hvert helseforetak må være tilstrekkelig. Han nevner i den forbindelse muligheten for omdanning av sykehusene i Narvik, Stokmarknes, Kirkenes, Lofoten og på Helgeland til Distriktsmedisinske sentra. I tillegg til økonomiske argumenter trekker han fram faglige.

Reaksjonen i media, blant publikum, politikere og foretaksansatte, lot ikke vente på seg. Styret i Helse-Nord har diskutert saken. I et enstemmig vedtak fra møtet 11.10.06 heter det bl.a.:

[...] I Nord-Norge betyr det at alle lokalsykehusene vil bestå som viktig spesialisthelsetjenestetilbud for befolkningen, jfr. Soria Moria erklæringens premisser.

[...] I debatten om lokalsykehusenes fremtidige funksjon vil ikke Helse-Nord kunne legge til grunn et perspektiv om at «alt skal være som det er».

Iflg. Soria Moria erklæringen skal Regjeringen som kjent

[...] opprettholde et desentralisert sykehusstilbud, som blant annet sikrer nærhet til akutfunksjoner og fødetilbud. Ingen lokalsykehus skal legges ned. Regjeringen vil videreføre arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus, som fremmer styrket kvalitet i pasientbehandlingen.

Felles for disse sitatene er at de ikke inneholder noe konkret om lokalsykehusenes innhold og funksjon. Det sies ikke noe om hva som legges i begrepet «akutfunksjoner». Hvor stor avstand «nærhet» innebærer, er heller ikke nærmere definert.

Nå har imidlertid helseminister Sylvia Brustad satt ned en arbeidsgruppe som skal «tydeliggjøre lokalsykehusenes akutfunksjoner». I mars 2007 får vi vel noen svar.

Regelstyring og politiske erklæringer mangler konkrete krav til lokalsykehusenes innhold og funksjon.

Legeforeningens omfattende utredning, *Lokalsykehusenes fremtidige rolle*, sier mye om hvilke krav som må oppfylles for at et sykehus skal kunne utøve gode lokalsykehusfunksjoner – herunder også krav til, og innhold i akutfunksjonen. Men en svakhet med utredningen er at det sies lite om hvordan kravene kan oppfylles. Utredningen sier heller

ikke noe om befolkningsgrunnlag og akseptable transportavstander. Et sentralt problem er hvordan mindre sykehus kan skaffe og beholde nødvendig kompetanse for å kunne ivareta sine oppgaver; krav til kvalitet må være uavhengig av sykehusets størrelse og beliggenhet.

Selv om Schrøder konkluderer med at utredningen konserverer dagens struktur, mener jeg at både utredningen og landsstyrets vedtak legitimerer behovet for endringer, og åpner for slike.

Legeforeningens utredning sier mye om hvilke krav som må oppfylles ... men lite om hvordan de kan oppfylles.

AKUTTFUNKSJONENE

De fleste sykehus har lokalsykehusfunksjoner, også de største sykehus i sentrale strøk. De fleste av dem er preget av trang økonomi. Små, perifere sykehus har i tillegg andre svakheter som i enda større grad truer deres eksistens.

Skal en fylle nøkkelrollen i akutttilbudet er mangel på legespesialister det mest kritiske; særlig innen generell kirurgi, gastrokirurgi og ortopedi. Dette løses ofte med «legestafetter» med innleide leger. Løsningen er svært kostbar, gir mangel på kontinuitet i pasientbehandlingen og truer spesialistutdanningen.

Det er i dag reell mangel på noen spesialister. I gastrokirurgi ble for eksempel kun 8 spesialister

godkjent i 2005. Generelt er legefordelingen i landet skjev, totalt fins det nå 1 lege pr 250 innbyggere i Norge. Sitter man i utkanten må man lure på hvor de er.

Det synes å være manglende interesse for å arbeide perifert. Årsakene kan være redsel for faglig isolasjon, lite utfordrende oppgaver, problemer med å opprettholde kompetanse, stor vaktbelastning, usikker fremtid for sykehusene, osv.

MANGEL PÅ PASIENTER

Fritt sykehusvalg og pasienter som er mer opplyste, mer kvalitetsbevisste og mer mobile har medført at flere drar utenfor lokalsykehusområdet for å få behandling. Dette syns klart i statistikkene for Nord-Norge. Mangel på rekruttering og stabilitet blant legespesialister kan forsterke trenden, og fort bli en ond sirkel som er med på å utarme lokalsykehusene.

De aller fleste helseforetak har betydelige underskudd i driftsbudsjettet. Fra 2002 til i dag har alle politiske partier, unntatt fløypartiene, vært i regjeringssposisjon. Gjenskinnet av et flertall fakkeltog har nådd både Løvebakken og regjeringsskvartalet, og det er naivt å tro at sentrale politikere ikke kjenner situasjonen. Vi må innse at viljen til vesentlig større bevilgninger mangler i sentrale bevilgende organer. Strukturendringer på lokalsykehusområdet vil tvinge seg fram – hvilket nok er selve meningen med den økonomiske sulteforingen.

HVA ER VI VILLIGE TIL?

Legeforeningen kan ikke løse økonomiske problemer i Helsenorge. Det betyr ikke at foreningen

skal slutte å engasjere seg i denne siden av saken. Legeforeningen og dens medlemmer har en plikt til å si fra om konsekvenser som nedskjæringer, nedlegginger, og funksjonsfordeling, gir for pasienter og behandlingskvalitet.

Å bedre tilgangen til spesialister perifert er en nødvendig forutsetning for at pasienter velger sitt lokalsykehus. Foreningen og medlemmene kan nok bidra her. Men velkjente virkemidler som ambulering og rotasjon vil oppleves ubekvem av mange. Langt mer drastisk og kontroversielt er beordring. For ikke å si etableringsstopp i sentrale strøk. Bør vi endre holdning til slike grep?

Mange leger i spesialisering forsvinner fra mindre sykehus som ledd i utdanningen. En kunne tenke at de kunne forankres bedre her, slik at de kommer tilbake som ferdige spesialister. Mulighetene er egentlig mange – som å innføre obligatorisk gr. II tjeneste i visse spesialiteter. Eller å lempe på kravet til gruppe-1 tjeneste. Hva med egne lokalsykehusspesialiteter innen visse fagområder? Hva med en egen spesialitet i akuttmedisin?

Jeg er født på et sykehus som ikke lenger eksisterer. Sykehus kommer til å bli lagt ned også i fremtiden. Vi vil neppe kunne stoppe det. Vil vi stoppe det?

Leger er dagarbeidere med vakttjeneste. Ordinært turnusarbeid har ulemper i forhold til blant annet pasientsikkerhet, behandlingskontinuitet og fordeling av vår fritid. Gitt at stabene bemannes opp vil slike ordninger likevel kunne redusere arbeidsbelastningen på den enkelte lege og redusere kostnadene for sykehusene.

Tillitsvalgte! Sett av 1. -3. februar 2007



TARIFFKURS PÅ DANSKEBÅTEN

(Oslo-København-Oslo)

Tillitsvalgte og landsrådsrepresentanter blir igjen invitert av Of til tariff-kurs på Danskebåten. Det er sendt ut invitasjoner til den enkelte.

Merk tidsrommet, sett av tid. **Send påmelding snarest**; enklest per e-post: edith.stenberg@legeforeningen.no De største sykehusene kan sende 2-3 tillitsvalgte, vara-hovedtillitsvalgt eller medlemmer av tillitsvalgtutvalg.

Konferansen vil som vanlig evaluere forhandlingssituasjonen og vårt videre tvangsekteskap med NAVO. I OVERLEGEN 2004NO1, 2005NO1 og 2006NO1 fins referater fra tidligere møter, bladet ligger også på nettsidene: www.legeforeningen.no/index.gan?id=6308&subid=0

B-BLAD

Returadresse:
Norsk Overlegeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

PORTO BETALT
VED
INNLEVERINGA
PP



NORGE / NOREG

