

Legekunst og ISO-standard

Teknologiutviklingen innen medisinsk virksomhet medfører store utfordringer for helsevesenet, både økonomisk og organisatorisk. Antakelig er de organisatoriske utfordringene større enn de økonomiske. Dette har sammenheng med noen særegne karakteristika ved sykehusene sammenliknet med andre bedrifter.

I Tidsskriftet er det publisert flere artikler om ny teknologi i sykehus (1–4). Mens andre bransjer som søker å opprettholde kvalitet og inntjening er opptatt av å omorganisere og endre struktur for å tilpasse driften til ny teknologi og nye markeder, synes sykehusstrukturen å være relativt uforanderlig. De fleste sykehus er strukturert i profesjonsbaserte avdelinger som «eier» spesielle pasientgrupper og sykdomskategorier. Ikke bare besitter disse avdelingene all profesjonskunnskap, men også all teknologi tilknyttet profesjonen. Et klassisk eksempel er røntgenavdelingene. Det er uvanlig at det avansert røntgenutstyr plasseres i andre avdelinger enn i røntgenavdelingen.

Nye sykdommer, nye behandlingsmetoder og nye pasienter må tilpasse seg den eksisterende strukturen. Den medisinske utstyrsindustrien har også forstått dette og tilpasser nye produkter til organisasjonen i sykehuset. Ny teknologi som ikke kan eies av en profesjonsbasert avdeling, har liten fremtid i sykehusene. Den profesjonsbaserte organiseringen er mer enn 100 år gammel, og den implementeres uansett sykehusets størrelse. Systemet fører til at pasientene blir sendt fra avdeling til avdeling for behandling og diagnostikk istedenfor at teamet samles rundt pasienten. I den nye teknifiserte medisinen konkurrerer avdelingene om nye metoder: Hvem skal «eie» den nye metoden?

I Norge pågår det en stille kamp mellom radiologiske og kardiologiske miljøer om hvem som skal eie hjerteintervensjonene, og her som i andre land ser det ut til at kardiologene går av med seieren. Dagens kardiologer har brutt med det tradisjonelle filosofiske grunnlaget for indremedisin og har adaptert en intervensjonell filosofi som tidligere var forbeholdt de kirurgiske disipliner. I så måte

konkurrerer kardiologene også med hjertekirurgene. Den intervensjonelle behandlingen overtas av den profesjonsbaserte avdelingen som «eier» sykdommen og pasientene med denne sykdommen. Noen vil hevde at organklinikker er et alternativ til dagens organisering i profesjonsbaserte avdelinger. Problemet er at forståelsen av sykdom og behandlingsmulighetene endrer seg så raskt at organklinikker også kan bli en rigid modell. Dessuten krever organklinikker et stort pasientvolum for å være kostnadseffektive.

Innføring av kikkhullsmetodikk i de kirurgiske avdelingene har ført til et økende kunnskaps- og ferdighetspress på de ansatte. Hvordan skal kirurger ved et norsk sykehus få det nødvendige pasientvolum for å drive virksomheten forsvarlig og med den internasjonale standard både betalere og brukere av helsetjenesten forventer? Er enkelte prosedyrer, for eksempel laparoskopiske inngrep, så kompliserte at pasientene bør sendes ut av landet fordi norske leger ikke kan skaffe seg nok kompetanse? Eller bør vi gjøre det motsatte: Importere pasienter for å opprettholde kompetansen (og kanskje også øke inntjening)?

Også innen utvikling av nye metoder skiller sykehusene seg fra andre bedrifter. Mens produksjonsbedriftene skiller skarpt mellom utvikling og produksjon, har sykehusene tradisjon for at utviklingsarbeidet foregår kontinuerlig under behandlingen. En rekke nye behandlingsmetoder, bl.a. kikkhullskirurgi og kateterbaserte teknikker, ble antakelig innført i mange norske sykehus uten at aktørene erkjente at de holdt på med utprøvende behandling. Det ble sjelden laget protokoller eller innhentet skriftlig samtykke fra pasientene før man tok i bruk metoden første gang. I en virksomhet der utvikling og produksjon går hånd i hånd, er det ikke alltid så lett å forstå når man driver utviklingsarbeid. En slik praksis er imidlertid i konflikt med pasientenes og de betalende myndigheters økende krav om forutsigbarhet, standardisert behandling og ikke minst kostnadskontroll. Som vist av Sønnebø Kristiansen og medarbeidere er imidlertid kostnader og nytte vanskelig å beregne (3). Standardisering og stor grad av forutsigbarhet forbindes vanligvis med masseproduserte industriprodukter. Pasientbehandling slik den tradisjonelt utvikles og utføres i sykehus, er nok mer lik håndverkspro-

dukter. Noen vil kanskje hevde at det er resultat av legekunst. Det som særpreger et kunstverk er imidlertid at hvert objekt er unikt og ikke standardisert.

Utviklingsarbeid er kostbart, og det usynlige utviklingsarbeidet vil være kostnadsdrivende. Behandlingsprisen i sykehus blir høy fordi den også inneholder skjulte kostnader til utvikling. Ved Rikshospitalet ble Intervensjonssenteret opprettet som en avansert utviklingsavdeling i 1996 (4). Avdelinger ved Rikshospitalet og andre sykehus har utviklet behandlingsmetoder ved senteret. Man trenger ikke en egen avdeling for alt utviklingsarbeid i et sykehus, men det er nødvendig med et klarere skille mellom utviklingsarbeid og «produksjon» også innad i avdelingene, både av hensyn til pasientene og for å få kontroll med kostnadene.

Lærdommen fra seks år ved Intervensjonssenteret er at tverrfaglig samarbeid mellom teknologer og helsepersonell fra ulike avdelinger og spesialiteter gir gode løsninger. Moderne, høyteknologiske behandlingsmetoder krever en fleksibel organisasjon som er villig til å endre og tilpasse seg nye metoder og teknikker, en organisasjon der det er kultur og vilje til å arbeide i team og til å dele eierskapet til pasientene og nye behandlingsmetoder mellom flere aktører i ulike spesialiteter. De profesjonsdominerte avdelingenes tid som «eiere» av pasienter og sykdommer kan være forbi. Det blir en utfordring å levere behandling med ISO-standard og samtidig bevare det gode i håndverkstradisjon og legekunst. Det vil alltid finnes pasienter som har så kompliserte tilstander at man neppe kan kurere dem med en standardisert «industriell» behandling – de vil trenge legekunsten.

Erik Fosse

erik.fosse@rikshospitalet.no
Intervensjonssenteret
Rikshospitalet, 0027 Oslo

Litteratur

1. Körner H. Nye helseteknologier – fra utvikling til innføring. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 340–3.
2. Skolbekken J-A, Lian OS. Hva er drivkreftene bak etterspørselen etter ny teknologi? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 653–6.
3. Kristiansen IS, Stavem K, Linnestad K, Pedersen KM. Evaluering av medisinske metoder – kan vi stole på kostnad-effekt-analyser? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 657–60.
4. Sundar T. Intervensjonssenteret – verktøykasse for medisin og teknologi. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 64–5.