

# Helsetjenesteforskning i amerikansk ødemark



## Dartmouth College

Dartmouth College er en gammel, ærverdig institusjon og rangerer meget høyt innenfor høyere utdanning i USA. Det er blant de prestisjetunge utdanningsinstitusjonene som kalles Ivy League. Dartmouth College ble etablert i 1769 av idealisten Eleazar Wheelock, som ønsket å gi et utdanningstilbud til Nord-Amerikas innfødte. Det forklarer lokalisasjonen ute i «ødemarken»; institusjonen måtte legges der de innfødte var. Riktignok hadde han prøvd å få etablert sitt college litt mer sentralt, det vil si lenger øst, i staten Connecticut. Men før han var kommet så langt, var de innfødte stammene drevet lenger vestover og nordover av stadig nye innvandrere, og da måtte Wheelock følge etter. Dartmouth College ble etablert i New Hampshire ved Connecticut River, grenselven mellom «tvingingstatene» Vermont og New Hampshire. Jeg antar dette må ha vært et trafikkknutepunkt på den tiden, det vil si et sted der et par kjerreveier krysser elven.

Dartmouth College ligger i byen Hanover, som nå har om lag 10 000 innbyggere, og som ikke inneholder stort annet enn Dartmouth College. De aller fleste som arbeider her og ved de tilhørende sykehus og klinikker, bor spredt, enkeltvis og i små landsbyer. Lokalisert i et område der det ikke er noen katastrofe om man glemmer å låse døren, med romslig plass og et godt akademisk rykte, er Dartmouth College et attraktivt sted for mange akademikere.

## Senter for evaluering av helsetjenester

Center for the Evaluative Clinical Sciences (CECS) ved Dartmouth Medical School, som er en del av Dartmouth College, ble opprettet i 1989. Senteret har som målsetting å «måle, organisere og forbedre helsetjenester i det kommende århundre». I korthet betyr dette kunnskapsformidling om hvordan man legger til rette for en evaluende praksis, det vil si en medisinsk praksis der helsepersonell vet noe om resultatene av sin praksis og om hvordan man kan gå systematisk til verks for å forbedre praksis. Dette gjelder både på mikroplan, i møte mellom pasient og lege og annet helsepersonell, og på makroplan, hvordan helsevesenet organiseres og – ikke minst – hvordan ressursene forvaltes.

I fjerde etasje i bygget der senteret holder til, blir dette synliggjort ved at Paul Batalden, som leder arbeidet med hovedvekt på klinisk praksis, har kontor i den ene enden av en lang korridor, og John Wennberg, som leder arbeidet med hovedvekt på helsepolitikk, helseøkonomi, ressursfordeling og behandlingsresultater på et mer overordnet plan, har kontor i den andre enden av korridoren.

Paul Bataldens bestefar utvandret fra øya Batalden utenfor Florø, og John Wennbergs far fra Oslo i 1920-årene. Det er derfor ikke helt tilfeldig at en god del nordmenn etter hvert har hatt gleden av å hospitere eller å ta tilleggsutdanning ved CECS-senteret. Batalden har dessuten bidratt til at mange norske leger og annet helsepersonell ble introdusert til moderne kvalitetstenkning i de årene han var gjesteprofessor ved Universitetet i Bergen.

## Undervisningstilbud

CECS-senteret gir tilbud om et masterstudium og har dessuten doktorgradsstudenter. Mitt opphold falt sammen med en undervisningsfri periode. Men det betydde ikke at aktivitetsnivået var labert. Videokonferanserommet (med Tandberg-utstyr) ble brukt flittig for å knytte sammen et lærings-

Kjører du nordover fra Boston, Massachusetts, kommer du til staten New Hampshire. Jeg reiste denne veien første gang en sen vinterkveld med buss til Lebanon. På busstasjonen skulle det være parkert en bil. Bilnøkkelen skulle ligge på venstre forhjul. Eieren hadde dratt til varmere strøk for et par måneder, og jeg hadde avtalt leie av bilen og bileierens bolig inkludert hund.

Det snødde tett og blåste kraftig med kuling i kastene, og det var til tider vanskelig å holde bussen stødig på veien. Det tok ikke lang tid før vi hadde lagt urbane strøk bak oss og var oppslukt av nattmørket. Landskapet var øde med få tettsteder synlige fra motorveien; bare spredte hus med sparsom utebelysning.

Jeg var den eneste som skulle av på den angitte busstasjonen, som lå på en øde slette. Vi ankom ved midnattstider. Biler stod parkert på rekke og rad, mer eller mindre nedsnødd. Ikke hadde jeg noe å feie med, så det så litt håpløst ut. Men én bil var så godt som snøfri, og sannelig stemte utseende og nummerskilt. Noen gode mennesker hadde forberedt min ankomst, og nøkkelen lå på venstre forhjul! Så var det å kjøre etter en kartskisse eieren hadde lagt i bilen, og jeg kom uten problemer frem til boligen i West Lebanon. Der lå dørnøkkelen under en blomsterpotte på et utebord foran inngangsdøren som avtalt.



Barnelegen Paul Batalden har undervist om kvalitetsforbedring i alle USAs stater og i de fleste verdensdeler. Alle foto H. A. Holm



Dartmouth-Hitchcock Medical Center er et moderne, meget avansert sykehus som ligger godt skjermet inne i skogen

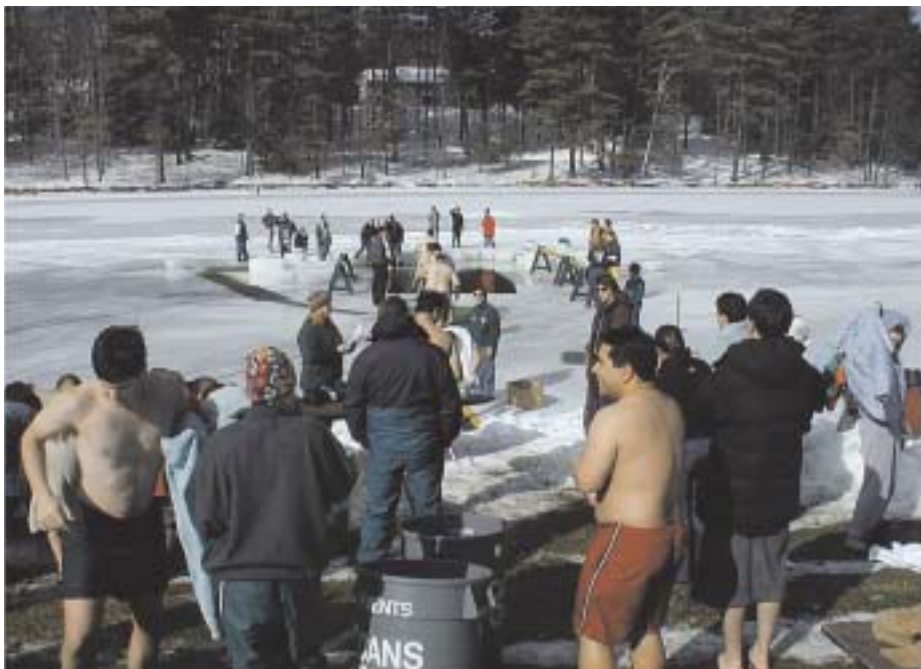
nettverk nasjonalt og internasjonalt. Flere ganger i uken ledet Batalden telefonkonferanser fra kontoret sitt.

Den kompetanse og det renommé senteret har fått de senere år, har gjort at det ikke er lett å imøtekomme etterspørselen etter deres tjenester. Derfor legges det stor vekt på å utvikle utdanningsløp som kan bidra til å spre kompetanse i endringsledelse og kvalitetsforbedring. Senteret er sterkt inne i det pågående arbeidet med å legge om spesialistutdanningen i USA (1). Fra 2003 vil leger som begynner sin spesialistutdanning

ved Dartmouth-Hitchcock Medical Center, det største undervisningssykehuset knyttet til Dartmouth Medical School, få tilbud om opplæring i ledelse og forbedringskunnskap. Denne undervisningen er integrert i spesialistutdanningen i ulike disipliner og gir formell tilleggskompetanse.

### Samarbeid med klinisk virksomhet

Det nære samarbeidet mellom CECS-senteret og de kliniske virksomhetene og den sterke integrasjonen av teori og praksis, gir arbeidet styrke og legitimitet. Flere av klinikerne er knyttet til CECS-senteret, og fors-



Dartmouth har sine tradisjoner. Dette er fra den årlige polarbjørnsvømmingen. Studenter – og noen lærere – står i kø for å få seg en dukkert i isvannet og gjøre seg fortjent til et diplom

kere ved CECS-senteret er knyttet til sykehuset.

Dartmouth-Hitchcock Medical Center ble nybygd for få år siden noen få kilometer fra Hanover, godt skjermet av rikelig med skog på alle kanter. Sykehuset, spesielt ryggssenteret, har fått godt ry for sin organisering med en sterk kobling av medisinsk kunnskap, systematisk resultatregistrering i flere dimensjoner (diagnose, funksjon, pasienttilfredshet/forventninger, kostnader) og systematisk forbedringsarbeid.

I bunnen ligger tverrfaglig samarbeid (mikrosystemmodell) og reell pasientinnflytelse (2). Det tverrfaglige samarbeidet betyr at pasienten får den hjelpen den trenger der og da, uten å måtte vente tre uker på en annen type spesialist. Ved hvert besøk på klinikken skårer pasientene symptomer og status på en skjerm. Disse dataene behandles elektronisk og danner utgangspunktet for konsultasjonen. Bruken av hjelpemidler som f.eks. video, gir pasientene innsikt i ulike behandlingsalternativer og et grunnlag for reell medbestemmelse.

Under ledelse av ortopedien James Weinstein har ryggssenteret skapt et miljø som dokumenterer og kontinuerlig forbedrer sine resultater. Det ser faktisk ut til at det greier å leve opp til sin målsetting, som på amerikansk vis er uttrykt slik: «Back to Work, Back to Play, Back to Life, One back at a Time.» Ryggssenteret driver en utstrakt forskningsaktivitet, og Weinstein er redaktør for det anerkjente ryggtidsskriftet *Spine*.

### Kliniske mikrosystemer

Begrepet kliniske mikrosystemer brukes om små enheter av helsepersonell som regelmessig samarbeider tett sammen i direkte møte med pasientene. Det kan være en primærlegepraksis, en poliklinikk, et dialyse-team, et transplantasjonsteam, et neonatalteam, en ryggklinik eller en annen funksjonell enhet på en avdeling. På mindre sykehus vil mindre avdelinger kunne karakteriseres som mikrosystemer.

Forskning på mikrosystemer har stått sentralt i virksomheten ved CECS-senteret de siste årene. Det er kvaliteten på den virksomheten mikrosystemene står for, som til sist er avgjørende for kvaliteten på helsetjenesten totalt sett. Mitt besøk ved Dartmouth falt sammen med avslutningen av et omfattende arbeid som startet med utvelgelse av 20 medisinske sentre anerkjent for å yte fremragende tjenester. En kvalitativ studie som nylig er publisert, har forsøkt å kartlegge hva som kjennetegner slike sentre (3).

Summen av det som skjer i møtene mellom pasient og behandler eller behandlingsteam, er avgjørende for kvaliteten på helsetjenesten. Erkjennelsen om at det er slik, er ikke

ny. Men konsekvensene av denne erkjennelsen når det gjelder organisering og ledelse, har vi kanskje ikke riktig forstått. Ved store institusjoner kan det være fare for at det blir så mange lag mellom mikrosystemene og administrasjonen og annet personale, at sammenhengen mellom egen og mikro-nivåets virksomhet blir uklår. Det er derfor en stor utfordring for store institusjoner å ha oppmerksomheten rettet mot best mulige rammebetingelser der behandlingskvaliteten blir skapt: sengeposter, akuttmottak, poliklinikken osv.

### Mer helsetjeneste betyr ikke alltid bedre helsetjeneste

John Wennberg ved CECS-senteret har spilt en sentral rolle i utviklingen av *Dartmouth Atlas* (4). Ved en kartografisk fremstilling av helseressursfordeling og forbruksmønstre er de store ulikhetene i det amerikanske helsevesenet synliggjort (5). En relativt fersk studie viser store geografiske variasjoner i bruken av ressurser i Medicare, sykeforsikringen for amerikanere over 65 år som omfatter ca. 40 millioner mennesker (6). Wennberg og hans medarbeidere påpeker at forbruket av Medicare-ressurser i Miami-regionen i 1996 var nesten 2,5 ganger større enn i Minneapolis-regionen (ca. 8 400 mot 3 300 USD per år per forsikringstaker), uten at det kunne påvises forskjeller i helsetjenestenes kvalitet eller i helsen hos de forsikrede. Forskjellene var vesentlig knyttet til såkalte tilbudsfølsomme tjenester, bl.a. legetilgjengelighet, spesialistressurser og tilgang på sykehussenger. Forbruket er bestemt av tilgjengelighet og ikke av dokumentert medisinsk nytteverdi.

En av konklusjonene som John Wennberg har trukket fra sitt arbeid på makronivå, er knyttet til mikronivået: Fordi så mye i medisinen ikke er absolutt, må vi satse mye sterkere på pasientens deltakelse i beslutningsprosessen. En styrking av forskning og undervisning innen helsetjenesteforskning, medisins teori grunnlag, pasient-medvirkning og systemforbedring er en stor utfordring for akademiske medisinske institusjoner (7).

### Ettertanke

Mitt første inntrykk av Dartmouth var en institusjon langt inne i skogen. Dartmouths beliggenhet er ikke uvesentlig for at mange fremragende fagfolk trekkes til stedet. Naturskjønne og romslige omgivelser er en viktig årsak til den vitalitet, iderikdom og kreativitet som utfolder seg der. Når man har hele USA og deler av verden for øvrig som sin arbeidsplass og studieobjekt, er gode telekommunikasjoner viktigere enn urban beliggenhet.

Jeg opplevde imøtekommenhet, hjelpsomhet og vilje til å dele kunnskap og erfaring. Oppholdet ved Dartmouth var også en stu-

die i hva det betyr å kunne skape en god læringsorganisasjon i et tverrfaglig miljø, der alles bidrag er en forutsetning for et godt resultat. CECS-senteret er preget av innovasjonstenkning. Barnelegen Paul Batalden forstod for mange år siden hvordan man måtte arbeide for å få til kontinuerlig forbedring av helsetjenester gjennom systemforbedring. Hans publikasjon om kontinuerlig forbedring fra 1993 (8), viser at noen ser sammenhenger lenge før andre. Og jammen tar det tid før andre kommer etter.

### Hans Asbjørn Holm

*hans.asbjorn.holm@legeforeningen.no*  
Den norske lægeforening  
Postboks 1152 Sentrum  
0107 Oslo

### Litteratur

1. Holm HA. Spesialistutdanningen i USA går nye veier. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2723-4.
2. Weinstein JN, Brown PW, Hanscom B, Walsh T, Nelson EC. Designing an ambulatory clinical practice for outcome improvement: from vision to reality – the Spine Center at Dartmouth-Hitchcock, year one. Qual Manag Health Care 2000; 8: 1-20.
3. Nelson EC, Batalden PB, Huber TP, Mohr JJ, Godfrey MM, Headrick LA et al. Microsystems in health care: Part 1. Learning from high-performing front-line clinical units. Jt Comm J Qual Improv 2002; 28: 472-93.
4. www.dartmouthatlas.org (30.11.2002).
5. Wennberg JE. Understanding geographic variation in health care delivery. N Engl J Med 1999; 340: 52-3.
6. Wennberg JE, Fisher ES, Skinner JS. Geography and the debate over Medicare reform. Health Affairs 2002: <http://www.healthaffairs.org/WebExclusives/2102Wennberg.pdf> (30.11.2002).
7. Wennberg JE. Unwarranted variations in health-care delivery: implications for academic medical centres. BMJ 2002; 325: 961-4.
8. Batalden PB, Stoltz PK. A framework for the 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: 424-45.