



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Statistikk i medisinsk forskning

Arne Høiseiths kommentarartikkel i dette nummer av Tidsskriftet (1) med kritikk av vår artikkel i Tidsskriftet nr. 16/2005 (2) inneholder dessverre mange feil og uklarheter omkring statistikk som fag, statistiske begreper og statistiske metoder.

Høiseith starter innlegget med at «teoretisk matematikk og statistikk er ikke uten videre et anvendbart forskningsredskap i et praktisk fag som medisin» (1). Vi bestrider sterkt slike påstander og påpeker bare kort at statistikk er et helt sentralt redskap i medisinsk forskningsmetode. Uten en statistisk formulering og analyse av problemstillingene er det ikke mulig å komme til konsise, gyldige og reproducerbare konklusjoner.

Statistikere tar variasjon på alvor. Statistiske metoder er utviklet for å splitte opp variasjonen til en avhengig variabel i systematiske og tilfældige komponenter. Disse kan være henholdsvis forskjellen i effekt av to ulike behandlinger og ulike variasjonskomponenter knyttet til individ, behandlingssenter eller behandler. Ved å bruke velkjente statistiske metoder ender man opp med tolkbare populasjonsparametere, som for eksempel forskjell mellom populasjonsgjennomsnitt eller en regresjonsparameter. Disse størrelsene vil man kjenne igjen fra protokollen til studien.

Høiseith anbefaler «kun å anvende p-verdier der det er legitimt» (1). Dette er vi uenig i. Konfidensintervallet gir mer informasjon enn p-verdien, og dersom vi blir «tvunget» til å velge mellom dem, ville vi ha valgt å presentere konfidensintervaller. Grensene til konfidensintervaller vil jo gi informasjon om en effekt er signifikant eller ikke. P-verdien vil derimot være et hjelpemiddel til å vurdere grad av statistisk signifikans, en grense som er gitt i protokollen.

Vi er enig i at presisjon i estimatet øker med økende utvalg. At standardavvik øker med utvalgsstørrelsen, er en misforståelse. Høiseiths alternative presentasjon av regresjonsparametere forstår vi dessverre ikke. Høiseith sier også at «hvis man måler alle aktuelle objekter, er konfidensintervallet definisjonsmessig lik null» (1). Dette beror på en misforståelse av populasjonsbegrepet. Lengden på intervallet avtar med utvalgsstørrelsen, men det blir aldri lik null.

Det finnes flere kilder til variasjon enn de vi har diskutert i vår artikkel (2). Høiseith nevner selv målefeil, altså variasjon fra

måling til måling. Vi kan for egen del legge til situasjoner der vi har målefeil både for de avhengige og de uavhengige variablene i studien (eksponeringsvariablene). Metoder for slike studier er riktignok såpass kompliserte at vi valgte å ikke diskutere disse.

Vi kan bare beklage at vår presentasjon misoppfattes som en kokebok. Er det noe vi ikke ønsker, er det å «legitimere overfladisk bruk av matematikk».

Geir Aamodt

Akershus universitetssykehus

Petter Laake

Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Høiseith A. Statistikk og Tidsskriftet. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 188.
2. Aamodt G, Gulbrandsen P, Laake P et al. Presentasjon av statistiske analyser i Tidsskriftet. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2183–7.

Fornuft i fødselsomsorgen

I Tidsskriftet nr. 20/2005 har Moster og medarbeidere en meget leseverdig kronikk om fødselsomsorgen (1). Sjelden ser man en så saklig balansert omtale av dette emnet. Artikkelen bærer preg av at forfatterne har lang og omfattende klinisk erfaring. Representanter for Nasjonalt råd for fødselsomsorg har tidligere kommet med en del utsagn (2) som bør kommenteres, slik Moster og medarbeidere gjør.

Udiskutabelt er fødselen en kritisk fase, selv om de fleste fødsler er ukompliserte. At fødselen bør foregå i trygge og rolige omgivelser, er det neppe uenighet om. Ett ankepunkt mot vanlige fødeavdelinger er at overvåkingen som bedrives der, fører til for mange operative intervensjoner. Vi er enige i at dette er et problem.

Likevel, som fødselshjelpere som i mange år har arbeidet ved store fødeavdelinger, har vi med undring sett på de ofte usaklige angrep som rettes mot bruk av overvåking. Vi er naturligvis klar over at det ved de fleste fødsler ikke er behov for vedvarende intensiv overvåking, og at overvåkingssunn enkelte ganger kan være vanskelig å tolke. Etter vår oppfatning ville det være naturlig i en slik situasjon å dyktiggjøre personalet og forsøke å gjøre fødefasilitetene i sykehus mer intime og familievennlige. Medlemmer av Nasjonalt råd for fødselsomsorg synes å velge en annen vei, nemlig å unngå intensiv overvåking ved å anbefale hjemmefødsel eller fødsel i fødestue.

Det er rett som Moster og medarbeidere skriver (1), at det ikke foreligger vitenskapelig grunnlag for å hevde at sentralisering av fødslene har gitt uheldige utfall i vårt land. Mye tyder på det motsatte. Også ferske utenlandske studier indikerer at hjemmefødsler og/eller fødestuefødsler innebærer større risiko (3, 4). I Norge har vi meget gode resultater både for mor og barn hva gjelder fødsel, og bedre enn i mange land med en mindre sentraliseringsgrad. Det er derfor underlig at Nasjonalt råd for fødselsomsorg setter ressurser inn på å endre og kanskje endog svekke forutsetningene for å oppnå like gode resultater fremover (2).

Odd H. Rognerud Jensen

Ullevål universitetssykehus

Ditlev Fossen

Sykehuset Østfold

Litteratur

1. Moster D, Lie RT, Markestad T. Fornuft og følelser i fødselsomsorgen. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2818–20.
2. Backe B, Øian P, Eide B et al. Desentralisert og differensiert fødselshjelp – et paradigmeskifte. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 606–7.
3. Hodnett ED, Downe S, Edwards N et al. Home-like versus conventional institutional settings for birth. Cochrane Database Syst Rev 2005; 1: CD000012.
4. Gottvall K, Grunewald C, Waldenström U. Safety of birth centre care: perinatal mortality over a 10-year period. BJOG 2004; 111: 71–8.

B. Backe & P. Øian svarer:

Odd Rognerud Jensen & Ditlev Fossen skriver: «Medlemmer av Nasjonalt råd for fødselsomsorg synes å velge en annen vei, nemlig å unngå intensiv overvåking ved å anbefale hjemmefødsel eller fødsel i fødestue.» Her viser de at de skjønner lite av hva vi driver med.

Stortinget har bestemt, etter grundig utredning, at vi skal ha en desentralisert og differensiert fødselsomsorg som et alternativ til en sentralisering, slik man for eksempel har gjennomført i Sverige. Nasjonalt råds oppgave er rimeligvis å arbeide for at Stortingets vedtak gjennomføres. Driftsopplegging fra fødeavdeling til fødestue i lokalsykehus er mange steder det eneste alternativet dersom det skal opprettholdes et fødetilbud ved små lokalsykehus. Dette anbefaler vi.

Ordninger med vikarer er nødløsninger. Når fødselstall eller pasientvolum er for lavt, er det ikke mulig å ha et stabilt, varig fagmiljø. Det er gode holdepunkter for at

desentralisert fødselsomsorg er trygt; det siste bidraget er en systematisk litteraturnomgang foretatt av Kunnskapscenteret (1).

Ved begge de to avdelingene der Jensen og Fossen arbeider, planlegges kontrollerte studier for å undersøke om det blir mindre intervensjonsrisiko identifiseres og behandles etter de prinsippene som brukes ved fødestuene. Dette viser at spørsmålet om korrekt bruk av overvåking og intervensjon opptar mange. Vi beklager at andre åpenbart viser liten vilje til å reflektere kritisk over egen praksis.

Bjørn Backe
Pål Øian

Nasjonalt råd for fødselsomsorg
Sosial- og helsedirektoratet

Litteratur

1. Fødeavdelinger, fødestuer, pasientvolum og behandlingskvalitet. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, 2005.

Produktivitet og kvalitet

I Tidsskriftet nr. 23/2005 har Jon Magnussen en tankevekkende og interessant gjennomgang av produktivitetens muligheter og begrensninger og de utfordringene man står overfor (1). Det er imidlertid én stor utfordring som i for liten grad blir drøftet, nemlig forholdet mellom produktivitet og kvaliteten på tjenestene som ytes.

For en amatør på helseøkonomiens område, men som til gjengjeld har mange års erfaring med hverdagen i helsevesenet, kan det se ut som om helseøkonomien som fag har et anstrengt forhold til dette med kvaliteten på tjenestene. Det kommer tydelig frem når produktivitet og effektivitet skal diskuteres. Magnussen er selv inne på det når han skriver at dersom kvaliteten på tjenestene er vanskelig observerbar, kan kvalitetsforskjeller feiltolkes som forskjeller i produktivitet. Han beskriver dette som et mulig problem. Mitt inntrykk er at dette er et betydelig problem. De første årene etter helseforetaksreformen har vært preget av et sterkt fokus på kostnadskontroll og kostnadseffektivitet. Den flinkeste foretaksdirektøren har vært den med best produktivitet i sitt foretak. Det er menneskelig å ha et ønske om å være flink. Da kan det være fristende å pynte på produktiviteten ved å renonsere på kvaliteten uten at noen (andre enn pasientene) merker det. Dersom det skjer (og det er ikke usannsynlig), faller hele grunnlaget for sammenlikning av produktivitet bort.

Vi har etter hvert fått samlet en del data på nasjonalt nivå som sier noe om kvaliteten på tjenestene, om enn utilstrekkelig. Det er de nasjonale kvalitetsindikatorene. Går det an å ta utgangspunkt i disse for å korrigere produktivitetens mål for forskjeller i kvalitet? Dersom et foretak har bedre produktivitet enn et annet, men sam-

tidig kommer dårlig ut på kvalitetsindikatorene, kan dette være en indikasjon på at vi står overfor kvalitetsforskjeller og ikke produktivitetsforskjeller.

Jeg mener at blant annet SAMDATA i sine rapporter har ofret dette forholdet altfor liten oppmerksomhet. Jeg håper det kan gjøres noe med dette, slik at vi får de produktivitetstall vi så svært trenger for å få til en bedre styring av helsetjenestens tilfaste ressurser.

Sven Anders Haugtomt
Helsetilsynet i Hedmark

Litteratur

1. Magnussen J. Kan vi stole på målene for sykehusenes produktivitet? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3300–2.

J. Magnussen svarer:

Jeg tror nok ikke problemet nødvendigvis ligger i at helseøkonomien som fag har et anstrengt forhold til begrepet kvalitet. Utfordringen til nå har snarere vært mangel på gode data som kan benyttes sammen med aktivitets- og ressursbruksdata. Haugtomt nevner de nasjonale data som etter hvert foreligger om kvalitet. Undertegnede deltar i et arbeid, ledet av Sverre A. C. Kitzelsen ved Frischsenteret/Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo, hvor data om kvalitet nå forsøkes benyttet i analyser av sykehuseffektivitet. Vi er betingede optimister og lover å holde Tidsskriftets lesere orientert.

Jon Magnussen
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Melding fra nye sykmeldere

Faggruppen for manuellterapeuter ønsker å komme med en kommentar til lederartikelen til president Torunn Janbu i Den norske lægeforening i Tidsskriftet nr. 22/2005 (1). Fra 1.1. 2006 får alle landets manuellterapeuter anledning til å sykmelde for inntil åtte uker. Janbu er redd for at det fører til «en økning i antall sykmeldingstilfeller» (1). Denne frykten er ubegrunnet og uforståelig. I de fylkene der ordningen har vært prøvd ut, viser tall fra SINTEF og Rikstrygdeverket at manuellterapeuter og kiropraktorer sykmelder sjelden. I den grad de to yrkesgruppene sykmelder, er det som oftest for inntil to uker (2). I prøveperioden, som gikk over to år, var det en signifikant mindrevest i sykepengeutbetalingene i forsøksfylkene sammenliknet med resten av landet (2,4 %). Når det gjelder sykepenge relatert til L-diagnoser, var mindrevekten 1,8 % (2).

Janbu mener at evalueringen av prøveordningen «har vært mangelfull» (1). Hun forholder seg derfor ikke til SINTEFs rapport. Det er for så vidt hennes rett å se bort fra en uavhengig evaluators rapport på denne

måten. Men spørsmålet blir da: Hvilken kunnskap sitter legepresidenten på som tilsier at sykmeldingstallene kan øke dersom legene mister eneretten til å dokumentere arbeidsuførhet?

Janbus hovedanliggende er at fastlegens helhetlige ansvar for pasienten pulveriseres ved at manuellterapeuter og andre yrkesgrupper får henvisnings- og sykmeldingsrett. Heller ikke dette er begrunnet konkret, men ut fra allmenne betraktninger. Virkeligheten i forsøksfylkene har vært at fastlegene har fått en tiltrengt avlastning i sin pressede kliniske hverdag, slik at de har fått bedre tid til pasientene. Nødvendig informasjon fra manuellterapeutene til fastlegen har blitt og vil bli ivaretatt. Dette pulveriserer ikke fastlegeordningen, men er en fornuftig videreutvikling. Det er en utvikling som er til det beste, først og fremst for brukeren, men også for fastlegen og manuellterapeuten. Vi forventer at når den nye ordningen har fått virke en tid, vil også Legeforeningens leder se at den er gunstig for alle parter.

Peter Chr. Lehne
Faggruppen for manuellterapeuter

Litteratur

1. Janbu T. Fastlegeordningen under press. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3159.
2. Lippestad J-W, Eitzen I, Harsvik T et al. «Selv om vi ikke kom dit vi skulle, er vi i hvert fall ikke der vi var». Evaluering av henvisningsprosjektet. Oslo: SINTEF Unimed, 2003.

Presidenten svarer:

SINTEF-rapporten, som er en evaluering og ikke et forskningsprosjekt, konkluderer på de fleste områder med at man ikke kan konkludere sikkert. Enkelte funn benevnes som interessante og noen som at de kan gi indikasjon på en sammenheng med forsøket. Målsettingene med forsøksordningen, definert av Rikstrygdeverket innledningsvis i rapporten, er etter min vurdering i liten grad innfridd. Evalueringen er av disse grunner ikke et godt grunnlag for å iverksette en nasjonal ordning.

Det er korrekt som Lehne skriver at det var signifikant mindre vekst i det totale sykefraværet i forsøksfylkene. Men i den delen av sykefraværet som de nye sykmelderne bidrog til (muskul- og skjelettsykdommer), var det ikke signifikante forskjeller. Det kan altså ha vært helt andre faktorer som har redusert veksten i totalt sykefravær.

Lehne nevner at de nye sykmelderne oftest sykmelder for kun to uker. Det kan ha flere årsaker, men det er dokumentert at pasienter som oppsøker kiropraktor direkte, skiller seg vesentlig fra pasienter som oppsøker lege for sine rygg- og muskelsmerter. Sistnevnte gruppe er oftere preget av et mer komplisert sykdomsbilde i motsetning til kiropraktorpasienten, som har enklere rygg-lidelser med ofte raskere bedring.