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

Ved begge de to avdelingene der Jensen og Fossen arbeider, planlegges kontrollerte studier for å undersøke om det blir mindre intervensjon hvis fødende med lav komplikasjonsrisiko 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 kunnskapssenter for helsetjenesten, 2005.

Produktivitet og kvalitet

I Tidsskriftet nr. 23/2005 har Jon Magnussen en tankevekkende og interessant gjennomgang av produktivitetsmålenes 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 produktivitetsmålene for forskjeller i kvalitet? Dersom et foretak har bedre produktivitet enn et annet, men samtidig 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 sårt trenger for å få til en bedre styring av helsetjenestens tilmålte 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. Kittelsen 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 lederartikkelen 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 mindrevekst i sykepengeutbetalingene i forsøksfylkene sammenliknet med resten av landet (2,4 %). Når det gjelder sykepenger relatert til L-diagnoser, var mindreveksten 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 (muskel-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 ryggliddelser med ofte raskere bedring.

Sykmeldingsarbeid handler om mye mer enn utfylling av sykmeldingsattest – som nå har endret navn til *Medisinsk vurdering av arbeidsevne ved sykdom*. Arbeidet med inkluderende arbeidsliv (IA) har vist dette tydelig ved at legemeldt sykefravær har sunket betydelig. Ved å gi nye grupper uten kunnskap om IA-ordningen rett til å sykmelde, er det grunn til å tro at sykefraværet igjen kan øke. IA-arbeid krever totalkunnskap om pasientens helse og livssituasjon, noe som grupper med spesialkompetanse innen ett fagområde ikke kan forventes å ha.

Jeg stiller meg litt uforstående til Lehnes uttalelse om avlastning for fastlegene. Legeforeningen er mer bekymret for at spredning av sykmeldingsansvaret når det har fått virke en tid, vil skape uklare ansvarsforhold og merarbeid for legene, arbeidsgiverne og trygdekontorene – alle forhold som vil være til ulempe for pasientene.

En trinnvis økning av pasientens egen innflytelse på valg av omsorgsnivå vil ha konsekvenser for ansvar, behandling og økonomi i helsetjenesten. Fastlegeordningen ble innført blant annet på bakgrunn av en slik helsepolitisk debatt og sikrer alle som ønsker det en navngitt allmennlege som har det medisinske ansvaret for den enkelte. Fastlegeordningen er en pasientrettighetsordning. Evaluering har vist at både brukerne og fastlegene er godt fornøyde med ordningen. Jeg håper vi fremover kan samarbeide bra med andre helsepersonellgrupper uten at fastlegeordningen undergraves.

Torunn Janbu
president
Den norske lægeforening

Uriktig fremstilling og skjult inhabilitet

Jo Telje omtaler på vegne av Rådet for legeetikk igjen «rottegiftsaken» i Tidsskriftet nr. 22/2005 (1). Jeg kjenner meg igjen som hjertespesialisten, men finner ingen grunn til anonymitet. Saken fremstilles overfladisk, misvisende, feilaktig og så tatt ut av sin sammenheng at det er grunn til å påpeke hva som faktisk foregikk, og de formelle inhabilitetsproblemer ved rådets behandling.

Dagbladets oppslag 11.2. 2004 om at tiazider var å oppfatte som rottegift var basert på et forutgående oppslag i Dagens Medisin. I Dagens Medisin ble tiazid sammenliknet med warfarin, dvs. rottegift. Dette var en analogi fremført av meg i en medisinsk debatt med amerikaneren Curt Furberg ved Ullevål universitetssykehus noen dager tidligere. Journalisten fra Dagens Medisin var til stede uten mitt vitende, og hans oppslag ble trykt uten mitt vitende. Ved alle tidligere anledninger hadde denne journalisten sendt meg innlegg på forhånd slik at jeg kunne korrigere feil. Ulykken oppstod da Dagbladets journalist hengte seg på hans tendensiøse fremstilling, men misforstod sakens realiteter og faktisk oppfattet tiazid som rottegift. Selv ved energiske forsøk fra min side 10.2. 2004 lyktes jeg ikke å endre Dagbladets fremstilling. Jeg syntes like lite om Dagbladets oppslag som alle andre, da det på ingen måte tjente mine argumenter i tiaziddebatten.

Denne saken løftes åpenbart frem for å kompromittere meg og andre som tror på moderne og livsforlengende medikamentell forebyggende behandling av alvorlige risikofaktorer for hjertesykdommer og som driver omfattende forskning med støtte fra farmasøytisk industri. Dette er åpenbart i lys av tidligere helseminister Dagfinn Høybråtens iver etter å innfri provenykravet, dvs. innføre asosiale ordninger for å spare penger og kun refundere utgifter til billig og mindre effektiv behandling. Alt har vært meget velregissert. Det nystartede Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, underavdeling av Helse- og sosialdirektoratet, arrangerte det omtalte debattmøtet ved Ullevål universitetssykehus om ALLHAT-studien. Det er den mest kaotiske av alle blodtrykksstudier gjennom tidene og ble av Høybråten ukritisk brukt til å begrunne provenyvedtaket, mens representative kvalitetsstudier i Norge og Europa ble oversett. Jeg ble da anmeldt til Rådet for legeetikk av bl.a. en forsker ved Kunnskapssenteret og en motdebattant invitert av Kunnskapssenteret, i form av en pressemelding. Reidun Førde, medlem i rådet for Kunnskapssenteret, behandlet saken også som leder i Rådet for legeetikk uten å gjøre oppmerksom på sin inhabilitet.

Dette inngir ikke tillitt til Rådet for legeetikk. Det bør stilles de samme krav til habilitet der som andre steder i samfunnet. Rådet for legeetikk, inklusive Jo Telje, må ha kjent til at rådets leder har vært inhabil i denne saken. Hun kan ikke ha tillit og bør trekke seg fra sine verv. Etter min mening er Førdes og rådets handlinger uærlige, uetiske og ikke Den norske lægeforening verdig.

Sverre E. Kjeldsen
Ullevål universitetssykehus

Litteratur
1. Telje J. Debatt mellom kolleger må være saklig. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3151.

J. Telje og R. Førde svarer:

Det var både trist og bekymringsfullt å lese Kjeldsens innlegg. Trist fordi han ikke har forstått vedtaket i Rådet for legeetikk, og bekymringsfullt fordi han bruker ord og uttrykk som han neppe har dekning for.

Saken dreier seg ikke om faglig uenighet om bruk av tiazider i blodtrykksbehandlingen, men om kravet til saklighet i offentlig debatt mellom kolleger. Formuleringene i Dagbladets oppslag 11.2.2004 var svært sterke og egnet til å skape unødig frykt hos blodtrykkspasientene. Kjeldsen har selv i ettertid beklaget oppslaget, men burde altså ha sikret seg kontroll med hvorledes hans uttalelser til avisen ble formulert. Rådet har gjentatte ganger fremhevet legers rett og plikt til å si ifra når grensene for forsvarlig behandling er overtrådt, men ved faglig uenighet er saklighetskravet spesielt viktig. I slike saker er det særlig nødvendig at sitater gjennomleses og godkjennes, noe denne saken illustrerer. Før vedtak i Rådet for legeetikk fikk Kjeldsen anledning til skriftlig å redegjøre for bakgrunnen for saken ved to anledninger, og i tillegg møtte han rådet og utdypet sitt syn muntlig i det møtet hvor vedtaket ble fattet. Han må godta at rådet enstemmig kom frem til at saklighetskravet i våre etiske regler ikke var overholdt.

Saken ble reist overfor Rådet for legeetikk av tre kolleger, en knyttet til Kunnskapssenteret, en fra Universitetet i Oslo og en fra Universitetet i Bergen. De bad om en vurdering som privatpersoner og ikke på vegne av sine vitenskapelige miljøer. Det er riktig at Reidun Førde er medlem av det vitenskapelige råd for Kunnskapssenteret, men kan selvsagt ikke stå ansvarlig for hva enkelte ansatte mener og gjør som privatpersoner. Behandling av hypertensjon har ikke på noe tidspunkt vært tatt opp til diskusjon i det vitenskapelige rådet. Kjeldsen har tidligere fremsatt påstand om at klagen på ham ble skrevet på Kunnskapssenterets brevpapir, men dette er tilbakevist som feil (1). Vi kan med vår beste vilje ikke se noen form for inhabilitet i denne saken, som altså dreier seg om debatt mellom kolleger i henhold til Legeforeningens etiske regelverk.

At Kjeldsen mener at dette er en regissert sak for å kompromittere han som forsker på blodtrykksbehandling, får stå for hans regning.

Jo Telje
Reidun Førde
Rådet for legeetikk
Den norske lægeforening

Litteratur
1. Røttingen JA. Tiazidsaken og klage til Rådet for legeetikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1885.

Behandling av pasienter med akutt koronarsyndrom i norske sykehus

Artikkelen av Tor Melberg og medarbeidere i Tidsskriftet nr. 21/2005 (1) medførte store oppslag i mediene om diskriminering av hjertesyke kvinner (2–4). Førsteforfatteren bekreftet i et intervju graverende kjønnsforskjeller og antydet at dette også kunne gjelde andre lidelser (2). Det er viktig å undersøke om kvinner og menn får ulik behandling og om dette i så fall skyldes