

leger ofte er i etableringsfasen og vil være opptatt av faglig og økonomisk trygghet. Jeg tror de også vil være opptatt av å være litt hjemme, sammen med den familien de er i ferd med å etablere!

Rapporten inneholder mange gode intensjoner, men skremmer vannet av meg, som har 25 års praksis. Hva vil den ikke gjøre med dem som vurderer å gå inn i en slik karriere? Det kan da ikke være noen (andre enn visse kolleger) som tror vi er omnipotente og utstyrt med Duracel-batterier? Presidenten skriver i forordet at denne rapporten skal inspirere. Jeg er redd den heller vil avskrekke!

Jørgen A. Smith
Rykkinn legekontor

Litteratur

1. Tillit – trygghet – tilgjengelighet. Styrking av allmennmedisin og fastlegeordning frem mot år 2020. Oslo: Den norske legeforening, 2009.

Likhet for loven eller tombola?

Hos Fylkeslegen bør det være likeverdig behandling av tilfeller som meldes til Helseilsynet. Skjer dette i praksis? I det som følger vil jeg vise til to eksempler på det motsatte.

Tilfelle 1: En drøyt 70-årig pasient med kjent claudicatio inkommer med fraktur på talus. Han ble operert for dette i blodtomhet i nærmere tre timer mens ortopedene (dr. A) gjorde en reposisjon og ostesyntese. Tredje dag måtte foten amputeres over kneet pga. gangren. Saken meldes som «major complication» av sykehusets kvalitetsutvalg til Fylkeslegen, som avskrev saken allerede etter tre uker uten at uttalelse ble innhentet fra relevante spesialister.

Tilfelle 2: En 50-årig mann, kjent storforbruker av alkohol, innkam mer enn seks timer etter et traume med over 1,5 i promille. Han hadde en stygg knefraktur med lateral kompresjon uten tegn til påvirkning av den perifere sirkulasjonen. Ortopeden (dr. B), en øvet traumekirurg, reponerte og fikserte frakturen for å få et godt utgangspunkt for en eventuell kneprotesebehandling. Tre dager etter operasjonen reiste dr. B hjem etter å ha gitt nøye forskrifter om oppfølgingen. Sjetten postoperative dager ble pasienten utskrevet, da uten tegn på sirkulasjonsforstyrrelse. Noen dager senere innkam han med tegn på sirkulasjonssvikt og beinet måtte amputeres over kneet.

Saken ble meldt av pasienten og kvalitetsutvalget til Fylkeslegen, som utredet saken med en uttalelse av en spesialist i ortopedi, hvis kompetanse i traumekirurgi imidlertid ble betvilt av dr. B. En annenhåndsvurdering av en annen spesialist «frikjente» dr. B for feil. Helseilsynet valgte ikke å bry seg om denne uttalelsen og ga

dr. B en advarsel fordi pasientens sirkulasjon ikke var blitt kontrollert med dopplermåling. Jeg mener at dette er en tvilsom avgjørelse. Øvede klinikere kan, etter min mening, bedømme sirkulasjon *uten* dopplermåling, selv om slik måling er en sikrere måte å bedømme sirkulasjonen på. Helseilsynet har heller ikke vurdert om pasienten kan ha sovnet alkoholførvirket med beinet i en ugunstig stilling og således selv forårsaket skaden, liksom han en gang forårsaket frakturen. Endelig er det påfallende at utskrivende lege (dr. C) ikke ble nevnt i utredningen. Hvorfor?

Med lang klinisk erfaring både fra et naboland og fra Norge må man sette spørsmålstegn ved uttalelsene fra Helseilsynet. Fylkeslegen gjorde en mangelfull utredning i det første tilfellet. Er ikke dette tjeneste-feil? Finnes det ingen prosedyrer å følge? Bedømmingen av disse to tilfellene virker etter min mening veldig tilfeldig og fungerer neppe etter hensikten, som er å øke kvaliteten ved norske sykehus. Dr. A burde ha fått en reprimande fordi det ble operert i blodtomhet på en claudicatio-pasient. Dr. B burde ha blitt «frikjent» fordi det ved utskrivningen var klinisk god sirkulasjon i pasientens fot en uke etter operasjonen. Hva med dr. C?

Trenger Fylkeslegen kvalitetssikring? Trenger Helseilsynet tilsyn?

Kommentarer fra tilsynsmyndigheten utbes!

Lennart Wählby
Kirurgisk avdeling
Kirkenes sykehus
p.t. Fayence
Frankrike

Vi har tatt utfordringen

I Tidsskriftet nr. 12/2009 utfordrer Hans Asbjørn Holm miljøet i Bergen til å utvikle forskning innenfor kvalitetsforbedring (1).

Vi vil derfor redegjøre for de initiativ som allerede er tatt i Bergen. I 1998 startet Øvretveit og Aslaksen i regi av Universitetet i Bergen et 30 studiepoeng deltidsstudium i kvalitetsforbedring. Det var det første universitetskurset i dette emnet i Norge. Frem til nå har over 200 studenter tatt eksamen i faget. For hvert kull vektlegges det at studentene representerer bredden i helsetjenesten. En rekke ledere, kvalitetsrådgivere og klinikere har økt sin kompetanse gjennom dette kurset.

I kjølvannet av kurset er det utviklet tilsvarende undervisningstilbud i helseledelse og helseøkonomi. I 2005 ble de tre emnene samlet i én masterutdanning, kalt Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi (2). Programmet drives som et samarbeid mellom det samfunnsvitenskapelige og det medisinsko-odontologiske fakultet.

Denne tverrfaglige forankringen av undervisningen har to vesentlige fordeler. For det første er kunnskap om ledelse og økonomi helt nødvendig for å få gjennomført effektiv og varig kvalitetsforbedring i praksis. For det annet har ledelses- og økonomifagene utviklet metoder for forskning som er relevante når det gjelder evaluering av kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Metodekurset i masterprogrammet gir innføring i så vel kvalitative som kvantitative metoder, slik at studentene skal kunne velge den forskningstilnærmingen som passer best til den problemstillingen de vil undersøke. En vesentlig andel av masteroppgavene som nå blir produsert i programmet har kvalitetsforbedring som tema. Noen studenter har ønsket muligheter for å fortsette med forskning etter avsluttet masteroppgave, og enkelte er allerede i gang med doktorgradsprosjekt på området.

Vi støtter Holms vurdering av at det er behov for økt forskning på kvalitetsforbedringsfeltet. Vi inngår derfor som samarbeidspartner i Helse Fonna HFs forsknings-satsing på behandlingslinjer og samhandling i helsetjenesten. Gjennom denne satsingen vil man utvikle et praksisnært forskningsmiljø innen helsetjenesteforskning med vekt på den tverrsektorielle behandlingsprosessen. I tillegg til Universitetet i Bergen inngår samarbeidspartnere fra European Pathway Association, Catholic University of Leuven (Belgia) og Nordiska Högskolan för folkhälsovetenskap (Sverige), Helse Bergen HF og Helse Førde HF. Gjennom det regionale og internasjonale samarbeidet mener vi at vi skal kunne bygge opp et miljø for forskning på et akademisk høyt nivå. For oss er hensikten todelt: For det første vil det gi et bidrag til kunnskapen om kvalitetsforbedring i helsetjenesten, for det annet vil et slikt miljø gi god støtte og være et nettverk for de studentene som ønsker å forske innen dette feltet.

Helse Fonna HF er velegnet til formålet: Foretaket har lang erfaring med kvalitetsforbedring av samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, har et voksende forskningsmiljø og en ledelse som prioriterer forskning. Sammen med andre helseforetak, primærhelsetjenesten i regionen og representanter fra flere universiteter vil man være i stand til å gjøre gode studier på ulike kvalitetsforbedringsintervensjoner.

Aslak Aslaksen
Otto Brun Pedersen
Benedicte Carlsen
Universitetet i Bergen

Miriam Hartveit
Helse Fonna HF

Litteratur

1. Holm HA. Fokus på kvalitetsforbedring, nå også i forskning. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1236.
2. <http://helseprogram.uib.no/> [23.9.2009].