

- » Gi rask respons på artikler gjennom artikkelens kommentarfelt på *tidsskriftet.no*. Respons som er postet innen én måned etter at artikkelen er publisert, vurderes for publisering som Brev til redaktøren i papirutgaven. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvaretsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.

Styringsideologi og dokumentasjon

Jeg har tre spørsmål til Erlend Hems leder i Tidsskriftet nr. 1/2013 (1).

Kan redaktøren belegge sin påstand om at «den rådende styringsideologien tilsier at bunnlinjen er viktigst» og at «effektivitet er det mest sentrale i lege-pasient-forholdet» med referanser i form av offentlige dokumenter, debattinnlegg, taler etc.? (Jeg ber altså ikke om referanser på «viktig» og «sentral», men «viktigST» og «MEST sentrale».)

Om vi antar at utsagnet «bunnlinjen er viktigst» er en omskrivning for at man skal holde seg innenfor de økonomiske rammer Stortinget legger og om vi videre er enige om at det er flere eksempler på at dette prinsippet fravikes når forholdene tilsier det (pandemivaksinen i 2009, terroranslaget i 2011), mener redaktøren at det generelt vil vært bedre om helsetjenesten ikke opererte innenfor fastlagte økonomiske rammer? Begrunn gjerne svaret.

Kan redaktøren gi noen gode eksempler på situasjoner hvor det er gunstig med et ineffektivt lege-pasient-forhold?

Jon Magnussen

jon.magnussen@ntnu.no

Jon Magnussen (f. 1959) er professor i helseøkonomi og leder ved Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Ingen oppgitte interessekonflikter

Litteratur

1. Hem E. Vi blir tilfreds til slutt. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 5.

Publisert som rask respons i nettutgaven 8.1. 2013

Kommentar til Jon Magnussen



Magnussen ber i sitt første spørsmål til redaktøren om belegg for at den mål- og resultatstyring som Stortinget har opphøyet til overordnet styringsfilosofi i staten, tilsier at «bunnlinjen er viktigst» og at «effektivitet er det mest sentrale i lege-pasient-forholdet».

Selvfølgelig finnes ikke slike imperativ uttalelser i vedtakene eller i den politiske retorikken. Men mål- og resultatstyring som ledelsesfilosofi og metode tar altså utgangspunkt i det finansielle eierperspektivet, er designet for kostnadskontroll og søker å optimalisere produktiviteten ved å internalisere den konkurranseorienterte markedsdynamikken som styringsverktøy. Incentivsystemene i mål- og resultatstyrte virksomheter er følgelig egoistiske og materialistiske. Dette skal automatisk gi «mer helse for hver krone» – uten at ledelsen behøver å vite hva det innebærer. Erfaringen viser imidlertid at denne ledelsesfilosofien leder til triksing med tall og sjonglering med diagnoser og til at økonomiske hensyn overstyrt faglige vurderinger. Det finansielle eierperspektivets mål- og resultatstyring stimulerer generelt sett en atferd som er i konflikt med prinsippene for god kvalitetsledelse.

For mål- og resultatstyring som ledelsesfilosofi er altså «bunnlinjen viktigst» og » effektivitet det mest sentrale i lege-pasient-forholdet», slik det er i de industrielle sammenhengene denne ledelsesfilosofien er hentet fra. Å benekte dette er kunnskapsløst. Redaktøren har sine ord i behold.

Magnussens to øvrige spørsmål oppfatter jeg som lite elegante fornærmelser av leseren som ikke fortjener ytterligere kommentarer.

Johan Nygaard

idedetskjer@yahoo.no

Johan Nygaard (f. 1953) er skribent og forfatter av tekstsamlingen *Smertegrensen. Om paradigmer, språk og makt i politikken og vitenskapens verden*.

Ingen oppgitte interessekonflikter

Publisert som rask respons i nettutgaven 11.1. 2013

Samvittighetstrekanten

Teorien om kognitiv dissonans i Erlend Hems leder i Tidsskriftet nr. 13/2013 (1) leder tanken mot en fin, liten modell på samvittighet, som jeg dessverre ikke kjenner opphavet til.

Samvittigheten er en liten, skarp trekant midt i brystet. Mens vi er unge (eller eldre, men ennå ikke har mistet idealene) gjør det oss først vondt at den snurrer. Vi blir lei oss. Men etter å ha rotert noen år blir den avsløpt og rund – vi kjenner knapt at den snurrer.

Takk til redaktøren for en lederartikkel som motiverer oss til å holde samvittighetstrekanten skarp.

Marte Mellingsæter

cmelling@online.no

Marte Mellingsæter (f. 1973) er lege og ansatt ved Medisinsk klinikk, Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hem E. Vi blir tilfreds til slutt. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 5.

Publisert som rask respons i nettutgaven 11.1. 2013

Tilfredshet kirkegård

Erlend Hems leder i Tidsskriftet nr. 1/2013 (1) synes jeg er noe forvirrende. Jeg er selvsagt svært enig i virkelighetsbeskrivelsen, den er blitt ganske åpenbar etter hvert. Byråkratiseringen og vektleggingen av økonomien har gått altfor langt. Hvem er ikke enig i det?

Så visst skaper det et (etisk?) ubehag for oss klinikere, «kognitiv dissonans» så det holder. Men til tross for ironien mellom linjene blir jeg usikker på om dette er en appell om å stå i ubehaget – ikke

>>>

gi seg whatsoever? Hem hevder at det over tid er umulig å stå i ubehaget og at vi ender opp med å tilpasse oss uansett. Er dette en programmerklæring om avmakt? Fra vårt eget tidsskrift, på lederplass? Eller er det et subtilt budskap om det motsatte, som jeg ikke har fått med meg? Er det kanskje erting, for å få for eksempel meg til å trå over terskelen for første gang og stikke hodet frem, for eksempel i dette forum?

OK, da fungerer det etter hensikten. Hør her: Sammen er vi kliniskere *mye* sterkere enn all slags administrasjonsfjas. Bortsett fra dem som søker hjelp, er det vi, hjelperne, som har legitimiteten i et hjelpesystem. Vi må stå i dette ubehaget i lang, lang tid og vise at vi tar byråkratmakta på utholdenhet. I kjærlighet til faget vårt – av og til er det tålmodigheten som varer lengst. Lenge leve ubehaget! Det er virkeligheten som må tilpasse seg. Ikke vi. No way. Her i Trondheim finnes det *ett* ultimatum hvilested: Tilfredshet kirkegård.

Harald Sundby
har-su2@online.no

Harald Sundby (f. 1962) er spesialist i allmennmedisin og fastlege ved Kalvskinnet legesenter i Trondheim.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hem E. Vi blir tilfreds til slutt. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 5.

Publisert som rask respons i nettutgaven 11.1. 2013

Hovedpersonen – hvem er det?

Redaktørens oppskrift i Tidsskriftet nr. 1/2013 på hvordan vi skal redusere den kognitive dissonansen er i høyeste grad aktuell (1). Han beskriver tilpasningsmekanismer som faktisk fungerer – og som våre ledere krever at vi aksepterer. Systemlojaliteten går foran pasientlojaliteten i Det Nye Norske Helsevesen. Jeg vil gjerne sitere en tidligere sjef: «Det viktigste er ikke hva som er best for pasienten, men hva som er best for systemet.» Systemet belønnet sjefen med ytterligere avansement. I så henseende har redaktøren rett – de tilpasningsdyktige finner seg til rette overalt. Men det er kun tidsbegrenset.

Helsevesenet er inne i en periode med nye regler, nye normer og nye maktstrukturer. For fagpersonene er det underlig å se at ledere uten aktuell fagkompetanse får legalisert sin «rett» til å overprøve medisinske beslutninger. I et av sykehusene ved Oslofjorden er det en sykepleierleder som godkjenner kirurgiske fagprosedyrer. Legenes fagmakt svekkes ved at formell hierarkisk makt styrkes (2) – godt hjulpet av juridifiseringen av helsevesenet. Redaktøren beskriver kognitiv dissonans mellom fagperson og administrative enheter. Siden fagpersonene ikke har formell makt, er overlevelsesstrategien å tilpasse seg.

Kjære kollegaer, kjære redaktør – det er én part som er utelatt fra betraktningene. Det er hovedpersonen – *pasienten*. Pasientene har også makt. De har sin individualiserte makt definert i pasientrettighetsloven. Men de har også forbrukermakt og kunnskapsmakt. Informasjonsteknologien har for lengst revolusjonert forholdet mellom lege og pasient. Det er illusorisk å tro at dagens unge vil akseptere et helsevesen som prioriterer systemlojalitet fremfor hensynet til den pasienten vi har rett foran oss. Når pasientene våkner, bokstavelig talt, vil den kognitive dissonansen bli *enorm* dersom vi velger å satse på dagens rådende styringsideologi. Og hvis Hippokrates ser oss nå, vil han sikkert lure på hvorfor i all verden vi har laget et helsevesen som ikke har individet i sentrum.

Elisabeth Hegstad
elisabeth.hegstad@gmail.com

Elisabeth Hegstad (f. 1956) er spesialist i gastrokirurgi, dr.med. og master i helseadministrasjon.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hem E. Vi blir tilfreds til slutt. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 5.
2. Slagstad R. Helsefeltets strategier. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1479–85.

Publisert som rask respons i nettutgaven 11.1. 2013

De og vi

Redaktørens intrigante leder i Tidsskriftet nr. 1/2013 er bygd opp rundt diskutabile forutsetninger og en sammenblanding av «de» og «vi» (1).

Det er ingen grunn til å anta at dagens organisering er kostnads-effektiv. Etter at vi i alle år er blitt innprentet at det har vært en uregjerlig kostnadsvekst, befinner stadig våre helsekostnader seg midt i OECD-klassen. Det nye er at det har vært en kraftig reduksjon i sengetall og antall liggedøgn – uten samtidig kostnadsreduksjon. Til tross for aktivitetsvekst vokser køene.

Hvem og hva er det vi behandler? Ressursene dreies mot et voksende styrende lag av kvalitetsdirektører, kommunikasjonsarbeidere, byråkrater og konsulenter, i foretak, regionforetak og departement. Og den egentlige virksomheten utarmes. Dissonansen oppstår mellom det *de* tenker og det *vi* gjør, ikke mellom det *vi* tenker og det *vi* gjør. Dette er vesensforskjellig. All den tid meningen oppstår i møtet mellom helsearbeideren og pasienten, vil ikke handlingen først og sist styres som de tenker. Den internaliserte konflikten hos helsearbeideren overvurderes, bruddet oppstår mellom de styrende og de som styres.

Ubalansen mellom egenvekt og egenmakt hos dem som forestår den egentlige virksomheten, destabiliserer den rådende organiseringen, som det er skjedd med utallige andre politiske og organisatoriske systemer opp gjennom historien. Det er dette fenomenet som er naturgitt. De 100 % tilpasningsdyktige tilpasses ellers alle organisasjoner og politiske systemer – uten at dette gjør verden til et uforanderlig sted.

Magnussen etterspør eksempler på gunstige «ineffektive» lege-pasient-forhold. Svaret avhenger av hvilket effektmål som legges til grunn. I dagens system er det utallige eksempler på «ineffektive» lege-pasient-forhold. Å la pasienten ligge et ekstra døgn. Å ringe pårørende. Å overtale pasienten til ikke å la seg operere unødig. Å gi god informasjon. Å ta seg den tiden det tar.

Christian Grimsgaard
cgrimsga@ous-hf.no

Christian Grimsgaard (f. 1969) er overlege ved Avdeling for hånd- og mikrokirurgi, Klinik for kirurgi og nevrofag, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hem E. Vi blir tilfreds til slutt. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 5.

Publisert som rask respons i nettutgaven 12.1. 2013