

kommentarer. Bokanmeldelser presenteres både her og under Medisin og vitenskap, men vi legger økende vekt på relevant litteratur som går ut over de tradisjonelle medisinske fagbøkene, og legers forhold til media vil bli viet større oppmerksomhet. I spalten Stort og smått samles nyheter, notiser og annen informasjon.

Stoffområder fra det tidligere FORUM for stands- og foreningsinteresser som ikke er direkte knyttet til Legeforeningen, blir å finne i denne delen.

Nyheter og debatt blir den største nysskapningen i den prøveperioden som nå starter, og vil bestå av både spontant innkommet, bestilt og egenprodusert stoff. Presentasjonsformen og omfanget av denne delen av Tidsskriftet vil justeres underveis, og spesielt i en oppstartingsfase er vi takknemlige for kommentarer innspill fra leserne. Særlig takknemlige er vi for nyhetsnotiser eller tips om emner som kan egne seg for journalistisk presentasjon.

*Fra foreningen* er den delen av Tidsskriftet der informasjonen fra og om Den

norske lægeforening blir å finne. Her kommer medlemsbladfunksjonen særlig til syne, og det er i hovedsak Legeforeningens informasjonsavdeling som står for presentasjonen. Informasjon fra Legeforeningens forskjellige avdelinger, spesialforeninger og øvrige organer presenteres i denne delen, og vi håper på aktivt engasjement fra medlemmene.

*Kurs og møter og Ledige stillinger* vil som før komme i den bakre del av bladet.

### Mange oppgaver

Gjennomgangen av de forskjellige spalter og stofftyper som finnes i Tidsskriftet avspeiler i seg selv omfanget og bredden i vår aktivitet. Tidsskriftets målsetting er tidligere uttrykt som at vi ønsker å være et generelt medisinsk tidsskrift som skal (1):

- Være et organ for medisinsk utdanning som stimulerer til faglig vedlikehold og fornyelse for legen som allmenn kliniker
- Stimulere til medisinsk forskning og fagutvikling

- Bidra til holdningsdanning hos legene ved å videreutvikle etiske og kulturelle idealer i den medisinske tradisjon
- Fremme den helsepolitiske debatt
- Være medlemsblad for Den norske lægeforening.

Et godt og levende tidsskrift har evne til omstilling som et av sine viktigste kjennetegn. De forandringene som nå skjer i Tidsskriftet, er et eksempel på dette.

Tidsskriftet har en sentral plass både i Legeforeningens virksomhet og i norsk medisin. Vi har ambisjoner om ikke bare å opprettholde vår posisjon, men også å videreutvikle den. Dessuten bygger vi på lange, og gode tradisjoner.

Vel møtt til Tidsskriftets 112. årgang.

Magne Nylenna

Tidsskriftet

Harry Martin Svabø

Den norske lægeforening

Fjellveien 5  
1324 Lysaker

### Litteratur

1. Nylenna M, Svabø HM. Tidsskriftets målsetting. Tidsskr Nor Lægeforen 1987; 107: 3003. ○

## Kvalitetssikring

### Det haster med å komme i gang, men se opp for bivirkningene

Kvalitetssikring bør bli et av de viktigste svingningsfeltene for helsevesenet i tiden fremover. Riktig drevet kan den øke kvaliteten, bedre effektiviteten og stimulere arbeidsgleden hos helsepersonellet. Men som ethvert annet godt tiltak, kan også kvalitetssikring ha bivirkninger. Det er viktig å komme raskt i gang, men det er også viktig å unngå bivirkningene. For å klare det, må man overveie dem. Derfor tar vi dette opp nå, i starten av arbeidet.

Historiske erfaringer med helsepolitikken viser at det er viktig å tenke seg om. Sterkt forenklet var helsepolitikken i 1970-årene preget av desentralisering og i 1980-årene av effektivisering. I 1990-årene blir kvalitetssikring det store slagordet. Disse politiske hovedlinjene har vært nødvendige og riktige, men de har hatt bivirkninger.

Desentraliseringen har skapt ulikhet; det var jo også faktisk formålet. Spørsmålet er om ulikhetene er blitt for store, både i folkehelsen og i helsetjenesten? I vårt eget land kan vi bekymre oss over forskjellen i dødelighet mellom øst og vest i Oslo og mellom nord og syd i landet. Vi kan også bekymre oss over forskjellene i tilbudet av legetjenester i landet vårt, og vi kan bekymre oss over lokale prioriteringer. F.eks. har det vist seg vanskelig å prioritere forebyggende arbeid, og i noen kommuner er helsesøstertjenesten svekket. I Sverige sier regjeringen at ulikhet fremdeles er et hovedproblem i helsetjenesten, til tross for at målet lenge har vært «vård på lika villkor» (1).

Effektiviseringen har redusert liggetidene i sykehusene og skåret ned antall sykehussenger. Begge deler var nødven-

dig, men mange pasienter trenger ro og omtanke som sykehusene ikke lenger har tid til. Effektiviseringen av sykehusene velter også oppgaver over på primærhelsetjenesten og har skapt store problemer for de små sykehusene. Effektiviseringen følges som en skygge av innstramming. Fylkene forsøker å redusere sine gjestepasientutgifter. Det kan friste sykehusene til å behandle pasienter som egentlig burde vært henvist til spesialavdeling utenfor fylket.

Staten har funnet det nødvendig å opprette en bivirkningsnemnd for legemidler, til tross for at de aller fleste legemidler er gode og gjør godt. Kanskje burde vi ha en tilsvarende bivirkningsnemnd for helsepolitikk?

Kvalitetssikring er det nye midlet mot helsepolitiske problemer. Delvis er den en reaksjon på bivirkningene av desen-

traliseringen og effektiviseringen. Den er uten tvil nødvendig og riktig, og den fortjener helhjertet støtte. Men samtidig bør vi lære av gamle bivirkninger og forsøke å forebygge nye. Vi bekymrer oss for fem mulige bivirkninger av kvalitetssikringen.

### **Kvalitetssikring vil koste, men vil vi betale?**

Kvalitetssikring har to trinn: først vurderer man kvaliteten, og så gjør man noe med det som ikke er bra nok. I mange tilfeller behøver ikke forbedringer kreve ekstra ressurser, fordi man kan komme langt med bedre planlegging, bedre rutiner og bedre holdninger. I noen tilfeller kan man kanskje til og med spare ressurser, fordi det er svære forskjeller i helse-tjenesten (2), og det kan vise seg at man kan bedre kvaliteten ved å forenkle rutiner og kanskje la være å gjøre en del ting som har marginal nytte, eller til og med er skadelige. Det finnes mange studier, spesielt fra USA (3), av behandling som er kostnadskrevende og gir bivirkninger, men ingen nytte. Men mange forbedringer vil kreve ekstra ressurser. Hvis man ikke får disse ressursene, blir resultatet frustrasjon. Signaleffektene vil svekke tilliten og gi inntrykk av skuebrød. En rimelig kvalitet i eldreomsorgen vil f.eks. uten tvil kreve ekstra ressurser. En rimelig legedekning vil antakelig kreve besværlige politiske tiltak. Det er viktig å tenke igjennom disse bekymringene.

### **Mer til de sterke?**

Det har vært naturlig å starte arbeidet med kvalitetssikring i de somatiske sykehus. For eksempel holdt Rådet for medisinsk forskning nylig en stor konferanse om Sikring av kvalitet i somatiske sykehus på Soria Moria. Programmet var godt, og tilstrømningen var stor. Flere innledere bekymret seg over at man konsentrerte seg om somatiske sykehus, som tradisjonelt er det faglig og ressursmessig sterkeste leddet i helsetjenesten. Hva med primærhelsetjenesten, eldreomsorgen, psykiatrien og de funksjonshemmede? Det finnes kommuner i Nord-Norge som har hatt 14 leger i én

kommunelegestilling i løpet av ett år, og det finnes åpenbart kritikkverdige sykehjem. Frykten er at kvalitetssikring skal konsentrere seg om de somatiske sykehus slik at oppmerksomhet og ressurser i for høy grad styres dit.

### **Fokusering på det målbare?**

God helsetjeneste har alltid stått på to bein – det medisinske og det menneskelige. Det medisinske arbeidet er konkret og kan måles. Menneskearbeidet er dif-fust, «soft», og må fornemmes. Utallige undersøkelser har vist at pasienter og pårørende har tillit til og stort sett er tilfreds med det medisinsk-faglige tilbudet. Det de klager over, er mangel på menneskelig kontakt, omsorg og informasjon. Det moderne sykehuset er travelt og forutsetter mange spesialister og stadige vaktskifter. En gjennomsnittlig pasient må forholde seg til en strøm av nye ansikter. «Det kryr av leger her, men jeg har ingen lege», sa en fortvilet legepasient i en stor og travel sykehusavdeling. Frykten er at kvalitetssikring skal konsentrere seg om det målbare, om «harde data», og undertrykke de kompliserte, kvalitative og bløte vurderinger.

### **En sovepute?**

Kvalitetssikring kan virke konserverende, fordi den kan skape en falsk trygghet om at alt er bra så lenge de normer og standarder systemet har satt opp, blir innfridd. Problemet med slike måltall er at de oftest bare avspeiler en liten del av virkeligheten. Hvis helseinstitusjonene forsømmer resten, kan det derfor oppstå en dreining av virksomheten som vi slett ikke ønsker.

### **Byråkratisering og kommersialisering?**

Når det introduseres et nytt satsingsområde, blir det ofte opprettet et byråkrati som skal få det hele i gang og sikre at arbeidet blir gjort på den riktige måten. Det er fristende å lage et sentralt apparat også for kvalitetssikring, og sertifisering av sykehus og andre helsetjenester kan komme på dagsorden, f.eks. i EF (4). Mange advarte mot denne faren under

konferansen på Soria Moria og understreket at kvalitetssikring må være en del av det daglige arbeid. Hvis ikke den enkelte helsearbeider kan identifisere seg med systemet og gå inn for det, blir inn-satsen forgjeves. Vi trenger trolig et sentralt koordinerende organ som kan være en drivkraft i prosessen, men norske helsearbeidere vil neppe være positive til et nytt stort byråkratisk system som blir presset på dem ovenfra.

Selv om helsetjenesten kan hevde at den har røtter i kvalitetssikringsarbeid helt tilbake til Florence Nightingale (5), kan det ikke benektes at mesteparten av utviklingsarbeidet i dette feltet er utført i det private næringsliv. Derfor er det ikke underlig at private firmaer nå satser på å skreddersy kvalitetssikringssystemer for helsetjenesten. Faren ved en slik kommersialisering er at den taper helsetjenesten for penger og initiativ, og at den derfor kan skape motvilje. Vi bør selvsagt ikke møte denne faren ved å lage selvbeskyttende regler som stenger næringslivet ute fra helsetjenesten, men ved å engasjere oss som helsearbeidere og ta opp konkurransen.

Kvalitetssikring må bli et viktig arbeidsfelt fremover. Den rommer nye og vesentlige tanker, og norsk helsetjeneste må engasjere seg. Men kloke leger har alltid bekymret seg over utilsiktede bivirkninger. For å forebygge dem, må vi være på vakt overfor dem.

*Peter F. Hjort  
Geir Stene-Larsen  
Kjell Pettersen*

Avdeling for Samfunnsmedisin  
Statens Institutt for Folkehelse  
0462 Oslo

### **Litteratur**

1. Regeringens proposition 1990/91: 175. Om vis-sa folkhälsofrågor. Stockholm: 1991.
2. Andersen TF, Mooney G, red. The challenges of medical practice variations. London: McMillan Press, 1990.
3. Brook RH, Park RE, Chassin MR, Solomon DH, Keeseey J, Koscoff J. Predicting the appropriate use of endarterectomy, upper gastrointestinal endoscopy, and coronary angiography. *N Engl J Med* 1990; 323: 1173–7.
4. Braad PM, Pedersen OB, Steensen JP. Sundhedsvæsenet og EF. København: Dansk Sygehus Institut, 1991.
5. Woodham-Smith C. Florence Nightingale 1820–1910. London: Constable, 1950. ○