

desentralisert fødselsomsorg er trygt; det siste bidraget er en systematisk litteraturlitteraturnomgang foretatt av Kunnskapscenteret (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 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 kvalitetsindikatorerne. 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 kvalitetsindikatorerne, 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 sår trenger for å få til en bedre styring av helsetjenestens til-målte 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 lederartik-kelen 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 relaterer 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 tillier 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 rygg-lidelser med ofte raskere bedring.