



## Vi er på vei!

---

### KOMMENTAR

CATO KJÆRVIK

E-post: [catokjarvik@gmail.com](mailto:catokjarvik@gmail.com)

Cato Kjærвик er leder av Norsk Ortopedisk Forening.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

---

Per Brodals innlegg er en del av en større debatt. Fokuset på rett behandling på rett indikasjon har fått et klart større offentlig fokus de siste årene. Legeforeningens kampanje «Gjør kloke valg» er et direkte resultat av dette. Det drives også et utstrakt arbeid med forskjellige helseatlas hvor de kirurgiske fagmiljøene er tungt engasjert. Blant annet atlas for dagkirurgi som nylig er oppdatert og et atlas for ortopedisk kirurgi som ble publisert i desember 2018. Hele poenget med disse er nettopp å måle variasjon i behandling og forbruk. Dette for å finne uberettiget variasjon og for å se om man kan identifisere korrekte forbruksrater for forskjellige inngrep. Da får man kunnskap som gjør at vi kan sikre at pasienter får et likeverdig tilbud i hele landet. Det er betydelige forskjeller rundt om i landet og kunnskap om dette må til for å endre praksis. Fagmiljøene må fortsette å engasjere seg i dette arbeidet.

Som Brodal påpeker er nok ikke svaret at alle disse 17 inngrepene skal forsvinne. Som det også står i Aftenpostens artikkel og i Høies utspill skal det settes kriterier som må innfris før man kan stille indikasjon for inngrepene. Slik det faktisk allerede er. Vi må bare sikre at kriteriene oppfattes likt – dette arbeides det aktivt med. Fagmiljøene er de eneste som kan definere disse kriteriene, og der må vi være klare og tydelige. Fagmiljøene må stadig revurdere egen praksis. Det kan være lett for at forskning og evaluering fokuseres på den innovative enden av vår praksis, og at innarbeidede rutiner består.

Det er viktig at pasientene føler seg trygg på at den behandlingen de tilbys er nødvendig og gir god prognose for bedret helse. En del av inngrepene på listen er at de behandler tilstander i grenselandet mellom sykdom og plage. Man må være meget bevisst en risiko for klasseskille hvis pasientene tvinges ut av offentlig finansiering for å få ønsket behandling. Triggerfinger er nok ikke farlig, men ved manglende effekt av adekvat konservativ behandling kan det være en meget plagsom tilstand. Da må vi sikre at de som oppfyller kriterier for behandling fortsatt får den.

At sykehuseier engasjerer seg og tør være tydelig på prioritering er flott. Det gir mulighet til diskusjon om konkrete ting. Når høringen kommer skal vi svare med tydelig røst. Faget defineres av fagmiljøene, men vi må tåle å bli sett i kortene. Å bli stilt krav til å begrunne må vi alltid tåle.

---

Publisert: 8. april 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0218  
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no