



Kan vi gjøre klokere valg?

LEDER

KETIL STØRDAL

E-post: ketil.stordal@gmail.com

Ketil Størdal er talsperson for kampanjen Gjør kloke valg. Han er spesialist i barnesykdommer ved Barneavdelingen, Sykehuset Østfold og seniorforsker ved Folkehelseinstituttet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

STEFÁN HJÖRLEIFSSON

Stefán Hjörleifsson leder styringsgruppen for Gjør kloke valg. Han er spesialist i allmenntidrett ved førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen og forsker ved Allmenntidrett forskningsenhet NORCE Norwegian Research Center. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Norge har gode forutsetninger for å måle bruken av helsetjenester. Måling kan øke effekten av kampanjen Gjør kloke valg.

Legeforeningen lanserte kampanjen Gjør kloke valg i september 2018 for å motarbeide undersøkelser og behandlinger som er unødvendige og i verste fall skadelige for pasienten. Noe av grunnlaget for beslutningen om å lansere kampanjen var den store og uforklarte variasjonen i bruk av helsetjenester som er vist i de norske helseatlasene (1). En spørreundersøkelse blant norske allmennleger, barneleger og radiologer tyder på at 15–20 % av medisinsk praksis i Norge oppfattes som overbehandling (personlig meddelelse, stud.med. Kristin Kjær). Stadig flere fagmedisinske foreninger utarbeider anbefalinger for Gjør kloke valg, og de fleste store helseprofesjonene i Norge har sluttet seg til kampanjen. Helse- og omsorgsdepartementet har bevilget en million kroner til en publikumsrettet del av kampanjen. Men kan vi dokumentere effekten av tiltak for å redusere unødvendige undersøkelser og behandling?

Choosing Wisely, som Gjør kloke valg er basert på, finnes nå i over 20 land, men har hittil i liten grad vært målt på effekt. Det enhetlige norske helsevesenet og de landsdekkende helseregistrene gir utmerkede muligheter til å følge endringer i bruk av helsetjenestene. Vi tror måling kan være viktig for å motivere til forandring både nasjonalt og lokalt. Det finnes gode eksempler på at det er mulig å dokumentere effektene av målrettet deimplementering (reduksjon i bruk av uhensiktsmessige helsetjenester) i Norge. Bruken av antibiotika har gått ned med 23 % fra 2012 til 2018 (2). På nyfødtavdelingene brukes betydelig mindre antibiotika (3), og meniskoperasjoner gikk ned med 53 % fra 2013 til 2017 (1).

Vi tror måling kan være viktig for å motivere til forandring både nasjonalt og lokalt

Så gjenstår det å se om kampanjen kan føre til tilsvarende endringer i praksis. Sammen med Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering og Folkehelseinstituttet forbereder Legeforeningen nå helseatlas som skal måle nasjonale endringer på noen av områdene som

berøres av anbefalingene i Gjør kloke valg. Enkelte helseforetak har tatt egne initiativ til implementering og evaluering, og flere fagmedisinske foreninger har selvstendige arbeid for å måle endringer. I tillegg har Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) utviklet et emnekurs i Gjør kloke valg med uttrekk av egne praksisdata, slik at fastlegene kan følge utviklingen av egen praksis og sammenlikne seg med andre.

Gjør kloke valg består ikke bare av konkrete anbefalinger om undersøkelser og behandling der fagmiljøene er enige. Kampanjen tar også mål av seg å fremme debatt om medisinsk overaktivitet generelt. Vi tror det er uunngåelig å diskutere hvordan økonomiske incentiver kan føre til overaktivitet. Innsatsstyrt finansiering er innført nettopp for å øke aktivitet. En uheldig vridningseffekt av slike stimulerings tiltak kan være at prosedyrer utføres på pasienter som ikke har behov for dem. I slike tilfeller er det nødvendig å endre de økonomiske incentivene for å unngå å skade pasientene.

Vårt profesjonelle ansvar innebærer at kursen må justeres når medisinske tiltak gjør mer skade enn nytte

Vi mener også at det er vanskelig å rettferdiggjøre helprivate helseundersøkelser som markedsføres på tynt faglig grunnlag selv om de ikke direkte belaster offentlige midler. Et eksempel på slike undersøkelser er screening med helkroppens ultralydundersøkelse. Årlig «helsjekk» er et annet eksempel, der en stor metaanalyse fra Cochrane nylig viste at dødelighet ikke påvirkes av regelmessige helsekontroller (4). Skal bekymrede friske virkelig gis prioritert plass i det offentlige helsevesenet for utredning av tilfeldige funn som følge av villscreening uten faglig grunnlag? Burde ikke private tilbydere ha et ansvar for videre oppfølging som følger av slike undersøkelser, slik The Royal College of General Practitioners i England har konkludert med (5)? Eller trenger vi strengere regulering av markedsføringen? Kampanjen Gjør kloke valg bør stimulere til diskusjon og selvjustis. Vårt profesjonelle ansvar innebærer at kursen må justeres når medisinske tiltak gjør mer skade enn nytte.

LITTERATUR:

1. Uleberg B, Mathisen S, Shu J et al. Dagkirurgi i Norge 2013–2017. SKDE-rapport nr. 2/2018. Bodø: Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Nord RHF, 2018.
https://helseatlas.no/sites/default/files/dagkirurgi_2013-2017.pdf Lest 10.1.2020.
2. Reseptregisteret. <http://www.reseptregisteret.no/> Lest 10.1.2020.
3. Rønnestad A, Stensvold HJ, Knudsen LMM. Norsk nyfødtd medisinsk kvalitetsregister. Årsrapport for 2017 med plan for forbedringstiltak. Oslo: Rikshospitalet, 2018.
https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/39_arsrapport_2017_nyfodtmedisinsk.pdf Lest 10.1.2020.
4. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 1: CD009009. [PubMed][CrossRef]
5. Mahase E. Private screening: GPs shouldn't have to deal with results, says RCGP. *BMJ* 2019; 366: l5707. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 23. januar 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0759

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no