

Legers bruk og vurdering av grønn resept

Sammendrag

Bakgrunn. Grønn resept-ordningen ble introdusert høsten 2003. Den innebærer en egen refusjonstakst (takst 101) for systematisering av veiledning og tiltak på kost- og aktivitetsområdet for pasienter med moderat hypertensjon og type 2-diabetes som ikke behandles medikamentelt. Legeforeningens forskningsinstitutt har gjennomført en evaluering av hvordan legene oppfattet ordningen.

Materiale og metode. Et representativt utvalg på 1 134 norske fastleger fikk i februar 2005 tilsendt spørreskjema, og 671 svarte (59 %). I tillegg er ti av respondentene intervjuet på telefon.

Resultater og vurdering. Ordningen i sin nåværende form har begrenset legitimitet blant norske fastleger. Livsstilspåvirkning av pasienter med moderat hypertensjon og type 2-diabetes anses som en naturlig del av vanlig legearbeid, og det er unødvendig med egen takst og ytterligere byråkratisering. Dessuten kan ordningen føre til sykeliggjøring av ellers friske mennesker. Pasienter som alt bruker medikamenter, men som gjennom endret livsstil kan redusere eller seponere dem helt, er en vel så viktig målgruppe, men inkluderes ikke av ordningen. Et eventuelt videre arbeid med slike tiltak bør foregå i nært samarbeid med fastlegene. Det er avgjørende at tiltakene tar utgangspunkt i erfaring og kunnskap blant dem som håndterer problemet til daglig.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Berit Bringedal

berit.bringedal@legeforeningen.no

Olaf G. Aasland

Legeforeningens forskningsinstitutt
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Forebygging av sykdom gjennom livsstilsendring har de senere årene fått økende oppmerksomhet i vestlige land. Tobakk, fysisk aktivitet og kosthold er sentrale temaer både i dagspressen og blant politikere. Myndighetenes forsøk på å få folk til å endre livsstil kommer blant annet til syne gjennom kampanjer, forbud og helsetjenester av ulike slag. Dette illustreres av stortingsmeldingen *Resept for et sunnere i Norge* (1) og det tilsvarende britiske *Choosing health* (2).

Grønn resept-ordningen, som ble foreslått i stortingsmelding nr. 16 og innført i oktober 2003, er ett slikt tiltak. Ordningen innebærer en egen refusjonstakst for forskrivning av en «grønn resept», hvilket vil si en systematisering av veiledning og tiltak innen kost og aktivitet for pasienter med moderat hypertensjon og type 2-diabetes som ikke er under medikamentell behandling for dette (ramme 1).

En forutsetning for at taksten skal utløses, er at legen benytter det materiellet som er produsert av Sosial- og helsedirektoratet. Det består av et veiledningshefte til legen og to til pasienten, ett om hypertensjon og ett om type 2-diabetes. Dessuten er det et dobbeltsidig skjema for registrering av henholdsvis kostvaner og fysisk aktivitet samt selve den grønne reseptblokken.

Før ordningen ble innført, ble det innhentet en litteraturbasert vurdering fra Senter for medisinsk metodevurdering (SMM). Den konkluderte bl.a. med at grønn resept-ordningen neppe ville bli vellykket uten en innsats med mange fasetter rettet mot både pasienter og leger. Dessuten ville innføring av en egen livsstilstakst som eneste tiltak ha liten eller ingen effekt på pasientenes helse (3). Ved innføringen av ordningen var det klart at den skulle evalueres etter en tid, og Sosial- og helsedirektoratet bad i november 2004 Legeforeningens forskningsinstitutt om å evaluere hvordan legene opplevde og benyttet grønn resept-ordningen. Evalueringsrapporten ble oversendt i juni 2005 (4).

Materiale og metode

Undersøkelsen er basert på data fra en postal spørreskjemaundersøkelse i mars 2005 til et representativt utvalg på 1 134 fastleger.

Spørreskjemaet bestod av en kombinasjon av bakgrunnsopplysninger, spørsmål om bruk av ordningen, vurderinger av ulike sider ved den, samt en rekke påstander som legen kunne si seg enig eller uenig i. Ramme 2 viser eksempler på slike påstander. Grad av enighet/uenighet hadde fem verdier: Helt uenig, litt uenig, nøytral, enig og helt enig.

Spørreskjemaet hadde plass til fritekstkommentarer. I tillegg ble det gjennomført telefonintervju med ti leger, fem som hadde oppgitt at de var negative til ordningen og fem som var positive.

Resultatene presenteres dels som frekvensfordelinger og dels som sitater fra spørreskjema eller telefonintervju.

Resultater

Etter én purring ble 654 besvarte og 17 ubesvarte skjemaer returnert (59 %). Det var skrevet ekstra fritekstkommentarer i 150 av skjemaene (23 %).

Bruk av ordningen

41 % av respondentene hadde aldri skrevet ut en grønn resept. Videre oppgav 31 % at de hadde skrevet ut 1–5 resepter i løpet av det halvannet året ordningen hadde vart, 15 % hadde skrevet ut 5–10, og 13 % flere enn ti. Noen leger hadde skrevet ut enkelte resepter i starten, men ikke fortsatt med det. I februar 2005 ble det skrevet ut 435 resepter, eller 0,6 per lege. Forutsatt at våre respondenter var representative, tilsvarer dette totalt ca. 2 600 grønne resepter i Norge i den aktuelle måneden.

Informasjonsmateriellet

Tabell 1 oppsummerer legenes vurdering av det utsendte materiellet. De var minst kritiske til veiledningsheftene til pasientene og mest til selve reseptblanketten. En av tre svarte «både - og» på disse spørsmålene.



Hovedbudskap

- Grønn resept-ordningen har lav legitimitet blant norske fastleger
- De største svakhetene er
 - at ordningen ikke treffer de rette pasientgruppene
 - at den innebærer en unødig byråkratisering
 - at det skinner gjennom et uheldig islett av moralisme

Holdning til ordningen

19 % av respondentene var positive og 44 % negative til ordningen, mens de resterende 38 % var nøytrale. I alt 75 % sa seg enige i påstanden om at tiltaket er unødvendig fordi legene bør gi denne veiledningen uten en egen takst. Samtidig mente 76 % at ordningen først og fremst var en politisk markering.

Til sammen 73 % mente at ordningen også burde gjelde for pasienter som alt får medikamentell behandling for type 2-diabetes og hypertensjon, mens 67 % mente flere andre diagnoser burde inkluderes i tillegg.

Fritekstkommentarer og telefonintervjuer

Det var 130 kritiske og 20 positive eller nøytrale fritekstkommentarer i spørreskjemaene. Her følger noen eksempler på det første:

- ... så det føles byråkratisk og upersonlig med et firkantet skjema.
- Tror pasientene trenger annen motivasjon enn noen ord på et papir.
- Altfor omfattende spørsmålssamling – vektning og kostomlegging krever litt, motivasjon og engasjement for pasienten. (...) Provoserende for mange av pasientene jeg har møtt.
- Dette er vesentlig en politisk ordning. Altfor snever til å ha noen relevans i praktisk klinisk arbeid.
- Grønn resept er en politisk jippo der en vil markere livsstilsintervensjon (og moralisere) fra politikerhold – til liks med røykeloven (...).
- Helsemoralismen er i ferd med å ta livet – ikke av – men fra – en generasjon.
- Jeg liker ikke denne barnepike-statligheten.

Og så ett positivt utsagn:

- Grønn resept er det første skritt til å bringe oss ut av reparasjonsverkstedet, på den måten kan vi ta forebyggende medisin på alvor.

Noen mente at skjemaene virker nedlatende overfor pasientene eller legene:

- Jeg hadde ikke tort å presentere dette for pasienten fordi det uttrykker en undervurdering av hva de fleste mennesker er kjent med.
- Hele ordningen er en grov undervurdering av det arbeidet vi har drevet med denne pasientgruppen i mange år.
- Idiotisk ordning. Dette har vi gjort i alle år uten ekstra betaling!
- Grønn resept er en hån mot legen.

Alle de ti intervjuobjektene mente at ordningen ikke treffer de viktigste målgruppene, og dette utdypes i spørreskjemakommentarene:

- Forstår ikke helt grunnlaget for taksten. De som står på medikamentell behandling har da like stort behov for informasjon og anamneseopptak som de som ligger i «startgropen». Jeg arbeider nok mer med dem som allerede er definert syke.

- Ved å kunne inkludere flere pasientgrupper, bl.a. overvektige, ville en fått mye bedre reell forebyggende mulighet med ordningen.

Alle som ble intervjuet, mente også at temået i grønn resept-ordningen tilhører allmennlegens kjernevirksomhet og understreket at dette hadde de jobbet mye med over mange år.

Noen respondenter lurte på hvorfor allmennlegene ikke i større grad var blitt konsultert før ordningen kom:

- Grønn resept kom på et tidspunkt hvor jeg opplevde at vi hadde mange og store problemer i helsevesenet. Jeg hadde ingen problemer med å gi livsstilsråd, det har jeg alltid gjort. Jeg hadde ønsket drahjelp fra regjering og helsemyndigheter på områder hvor vi har problemer, derfor ble grønn resept en rød klut. Dere MÅ høre på oss, spørre oss hvor skoen trykker. Vi kjenner grasrot-Norge. PS. Jeg vil ikke at null grønn resept tolkes som ingen livsstilsråd. Jeg gir mange slike, uten byråkrati. Jeg blir fortvilet hvis dere tolker denne undersøkelsen feil.

Noen av dem som svarte, undret på om fastlegen i det hele tatt skal drive slikt arbeid og hevdet at grønn resept-taksten kan bidra til å forskyve oppmerksomheten bort fra de syke og over på de friske, eller at flere friske kan bli definert som syke.

Diskusjon

Den relativt lave svarprosenten kan nok delvis forklares av at mange leger ikke har sterke meninger om grønn resept. Mellom en firedel og halvparten av respondentene svarte dessuten nøytralt på de fleste påstandene. På den andre siden kom nesten hver femte respondent (130 av 654; 18 %) med ekstra negative kommentarer. Om det betyr at vårt utvalg hadde en overrepresentasjon av kritikere til ordningen, eller om det er slik at de kritisk innstilte lettere skriver kommentarer, vet vi ikke.

Som en kontroll på om vi hadde et skjevt bortfall, gjorde vi et anslag over hvor mange grønne resepter legene skriver ut. I spørreskjemaet angav de et omtrentlig tall for februar måned 2005 som tilsvarer rundt 32 000 grønne resepter per år. Rikstrygdeverkets anslag, basert på antall ganger taksten ble

Ramme 1

Normaltariffens takst 101 (kr 200)

Individuell, strukturert veiledning relatert til kosthold og/eller fysisk aktivitet for pasienter med høyt blodtrykk eller diabetes type 2. Taksten bygger på undersøkelse av pasientens helsetilstand og omfatter kartlegging av risikobilde. Det er en forutsetning at legen benytter program godkjent av Sosial- og helsedirektoratet, og at det skrives ut «grønn resept», som alternativ til medikamentell behandling, med et individuelt tilpasset opplegg for kosthold og/eller fysisk aktivitet og en plan for pasientens oppfølging. Taksten kan bare benyttes overfor pasienter som ikke står på medikamentell behandling for aktuell sykdom. Taksten kan benyttes inntil tre ganger per år.

Ramme 2

Eksempler på påstander i spørreskjemaet

Grønn resept-ordningen

- er unødvendig fordi legene burde gi de samme rådene uten en slik ordning
- gjør det lettere for meg å prioritere dem som trenger livsstilstiltak mest
- burde også gjelde for pasienter som bruker medikamenter for hypertensjon eller type 2-diabetes
- fører til mindre medikamentbruk ved de aktuelle diagnosene

utløst i en tre måneders periode, var til sammenlikning ca. 27 000 per år. Vi fant altså ikke grunn til å tro at utvalget var spesielt skjevt.

Undersøkelsen viste at et stort flertall av legene mener ordningen i sin nåværende form er unødvendig. Samtidig er nesten 60 % av legene enige i, eller er nøytrale til, påstanden om at grønn resept er et godt tiltak. Denne tilsynelatende motsetningen kan skyldes at de fleste er enige i intensjonen, men ikke i fremgangsmåten. I intervjuene sa alle at de er enige i målsettingen om «mindre medisin, mer livsstil», men at de var mer eller mindre skeptiske til dette spesielle tiltaket.

Tabell 1 Vurdering av Grønn resept-materiellet. Tall i prosent. N = 654

	Meget dårlig/ dårlig	Både – og	Meget bra/bra	Ukjent/har ikke sett denne
Pasientveiledning, hypertoni	5	30	48	17
Pasientveiledning, diabetes	4	26	53	17
Veiledningsheftet til legen	13	40	32	15
Kostskjema	17	33	34	16
Skjema for fysisk aktivitet	15	34	34	16
Grønn resept-blanketten	28	41	21	11

Selv om mange sa at de var aktive i arbeidet med livsstilsrådgivning og ikke-medikamentelle forebyggende tiltak, er det ikke sikkert at bildet er så entydig positivt. Det er grunn til å anta at enkelte leger fremdeles skriver ut medikamenter der det er like medisinsk forsvarlig å anbefale livsstilsendringer. Det er imidlertid ikke noe i vår undersøkelse som antyder at en grønn resept-ordning er et godt virkemiddel for å endre slik praksis.

Det ideologiske grunnlaget for grønn resept er utslag av to tilsynelatende motstridende motiver. På den ene siden er det viktig å unngå medikalisering, eller i hvert fall å redusere medikamentbruk. På den annen side kan påvirkning av uheldig livsstil med terapeutiske metoder føre til en *utvidelse* av helsetjenestens ansvarsområde og gjøre flere mennesker til pasienter. Dilemmaet erkjennes i *Resept for et sunnere Norge* (1): «Det er (...) grunn til å advare mot at helsetjenesten blir adressert for stadig flere av livets problemer. (...) Det er en fare for en tiltagende medikalisering, der det anlegges et sykdomsperspektiv på stadig flere av livets store og små problemer. . På den annen side kan økt fokus på helse lette folkehelsearbeidet for myndighetene» (s. 19).

Selv om det ikke nødvendigvis er en sammenheng mellom økt oppmerksomhet på

helse og en utvidelse av helsetjenestens oppgaver, er det god grunn til å betrakte dette som ett av flere mulige scenarier. I veiledningsheftet om grønn resept til legen står det: «Amerikanske helsemyndigheter vurderer personer med blodtrykk i området 120–139/80–89 mm Hg som «prehypertensiv». Denne gruppen bør få råd om levevaner for å forebygge hjerte- og karsykdommer.» På denne måten kan de fleste bli pasienter og få en diagnose. Getz og medarbeidere påviste nylig at dersom man skulle følge retningslinjene til grønn resept-opplegget til punkt og prikke, ville halvparten av alle konsultasjoner i norsk primærhelsetjeneste omfatte personer uten symptomer (5, 6). Det er heller ikke enighet om at slike tiltak virker (3, 7). Det har vært hevdet at myndighetene utøver en utidig paternalisme gjennom ordningen (8, 9) og at friske folk blir sykkeliggjort gjennom en for sterk vektlegging på hva som anses som en politisk korrekt livsstil (5, 6).

Herfra er det etter vår oppfatning to veier å gå, enten å avvike ordningen eller å endre den slik at den blir mer i samsvar med allmennlegenes oppfatninger. Vi ser få grunner til å anbefale at ordningen videreføres i sin nåværende form. Selv om denne undersøkelsen peker på mulige forbedringer, har vi ikke tilstrekkelige data til å komme med en-

tydige anbefalinger. Det videre arbeidet bør derfor utvikles i tett samarbeid med allmennlegene for å dra nytte av den kunnskap og erfaring de som arbeider med dette til daglig, sitter inne med.

Manuskriptet ble godkjent 1.2. 2006.

Litteratur

1. St.meld. nr.16 (2002–2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.
2. Choosing health. Making healthy choices easier. London: UK Department of Health and NHS, 2004.
3. Senter for medisinsk metodevurdering. Økt innsats mot livsstilssykdommer gjennom «Grønn resept»: Effekt av tiltak for å endre legers og pasienters atferd – kostnad og nytte. En forenklet litteraturgjennomgang. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering, 2003.
4. Bringedal B, Aasland OG. Legers bruk og vurdering av Grønn resept ordningen. Oslo: Legeforeningens forskningsinstitutt, 2005.
5. Getz L, Kirkengen AL, Hetlevik I et al. Individually based preventive medical recommendations – are they sustainable and responsible? A call for ethical reflection. *Scand J Public Health* 2005; 23: 65–7.
6. Westin S, Heath I. Thresholds for normal blood pressure and serum cholesterol. Lower thresholds mean that 90 % of people over 50 years are identified as patients. *BMJ* 2005; 330: 1461–2.
7. Freemantle N, Hill S. Medicalisation, limits to medicine, or never enough money to go around? *BMJ* 2002; 324: 864–5.
8. Fugelli P. 0-visjonen. Essays om helse og frihet. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
9. Moynihan R, Smith R. Too much medicine? Almost certainly. *BMJ* 2002; 324: 59–60.