

Det er vanskelig å bli bedre hvis man ikke vet hva man gjør. Vi oppfordrer allmennleger til fortsatt bruk av «Noklus diabeteskjema» både for å få systematikk i diabeteskontrollene og for å levere data til diabetesregisteret.

John Graham Cooper

joco@sus.no

Tor Claudi

Kristian Jong Høines

Inger Lyngstad

Bjørn Gjelsvik

Gunnar Moulund

Normund Svoen

Anne Karen Jenum

John Graham Cooper (f. 1950) er medisinsk ansvarlig lege, Norsk diabetesregister for voksne, Stavanger universitetssjukehus/Noklus
Ingen andre oppgitte interessekonflikter.

Tor Claudi (f. 1947) er overlege ved medisinsk klinikk, Nordlandssykehuset Bodø.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Kristian Jong Høines (f. 1975) er fastlege ved Tananger Legesenter.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Inger Lyngstad (f. 1957) er fastlege ved Ringerike Medisinske Senter, Hønefoss.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Bjørn Gjelsvik (f. 1949) er førsteamanuensis ved avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo og fastlege ved Tanum Legekontor, Slep-
enden.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Gunnar Moulund (f. 1948) er fastlege ved Legegruppen Arendal.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Normund Svoen (f. 1956) er fastlege ved Legegruppa Sunnfjord Medisinske Senter, Florø
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Anne Karen Jenum (f. 1951) er professor ved Universitetet i Oslo, Medisinsk fakultet, Institutt for helse og samfunn, Avdeling for allmennmedisin.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Larun L, Bjørner T, Fretheim A et al. Bruk av skjema i oppfølgingen av diabetes i allmennpraksis. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 417–22.
2. Claudi T, Ingskog W, Cooper JG et al. Kvaliteten på diabetesbehandlingen i allmennpraksis. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2570–4.

Re: Risikojustering ved måling av predikert dødelighet etter hjerteinfarkt

Vi har med interesse lest Hagen og medarbeideres artikkel der de viser hvorledes risikojusterte verdier for 30 dagers mortalitet etter hjerteinfarkt endres avhengig av hvilke variabler som inngår i regresjonsmodellen for risikojustering (1). Best samsvar mellom predikert og faktisk mortalitet forelå der man justerte for alder, kjønn, grad av sykdom (hjerteinfarkt), komorbiditet, reisetid og PCI innen 14 dager.

Studien illustrerer utstrakt bruk av registerdata og er både forbilledlig og betimelig all den tid våre helsemyndigheter allerede er i gang med å fordele deler av helseforetakenes finansiering basert på kvalitetsindikatorer (kvalitetsbasert finansiering – KBF). 30 dagers mortalitet etter hjerteinfarkt er en av en rekke målte kvalitetsindikatorer som her inngår med uklar risikojustering.

Det er ikke første gang det etterlyses en troverdig risikojustering av kvalitetsdata av typen behandlingsresultater som publiseres på Helsedirektoratets hjemmesider (helsenorge.no) og som nå ligger til grunn for kvalitetsbasert finansiering. Vi har tidligere påpekt at dersom man skal sammenligne kvalitetsmål av typen behandlingsresultater, så må adekvate og kontinuerlig oppdaterte modeller for risikojustering være på plass (2).

30 dagers mortalitet etter hjerteinfarkt er 1 av 10 kvalitetsindikatorer av type behandlingsresultater som inngår i KBF. Her har man etter vår mening en stor jobb å gjøre med å etablere gode modeller for risikojustering etter mønster av Hagen og medforfattere.

Ved siden av uklar risikojustering deler vi artikkelforfatternes bekymring for at kvalitetsbasert finansiering kan lede til uheldige tilpasninger i form av seleksjon og overbehandling av pasientgrupper. Kodeverket (ICD) åpner også for en viss grad av skjønn når alvorlighet av sykdom skal beskrives. Vi har tidligere sett eksempler på uheldig bruk av diagnoseverktøyet når det får økonomiske konsekvenser.

Et poeng som også nevnes er at kvalitetmåls nærhet i tid og sted er viktig for at det skal oppleves som meningsfullt for dem som bidrar. Det kan være en viss fare for at belønningssystemer basert på 30 ulike indikatorer på overordnet foretaksnivå vil drukne den enkelte innsats og på den måten ikke gi den stimuleringseffekten man er ute etter.

Etter vår mening har artikkelforfatterne pekt på en rekke forhold som det er avgjørende at våre helsemyndigheter tar inn over seg i den bebudede evalueringen av forsøket med kvalitetsbasert finansiering.

Marius Asplin

marius.asplin@gmail.no

Even Fagermoen

Marius Asplin (f. 1960) er overlege ved Akuttklinikken, Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Even Fagermoen (f.1967) er overlege Akuttklinikken, Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hagen TP, Iversen T, Moger TA. Risikojustering ved måling av predikert dødelighet etter hjerteinfarkt. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 423–7.
2. Asplin M, Fagermoen E. Hvordan sammenlikner vi kvalitet i helsetjenesten? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1112–3.

Re: Risikojustering ved måling av predikert dødelighet etter hjerteinfarkt

Artikkelen til Hagen og medarbeidere i Tidsskriftet nr. 5/2016 (1) tar opp et viktig tema: hvordan kan vi bruke harde utfallsmål til å vurdere kvalitet i helsetjenesten. Vi tror det er nyttig at temaet blir behandlet i et norsk faglig forum. Forfatterne diskuterer hvordan man kan justere utfallsmål for forskjeller i pasientsammensetning. I innledningen viser de til at kvalitetsindikatoren 30-dagersoverlevelse etter innleggelse ved sykehus inngår i grunnlaget for kvalitetsbasert finansiering, og skriver at «... det ikke er gjort rede for hvordan overlevelsestallene er risikojustert». Her må vi påpeke at denne indikatoren er meget godt beskrevet i vitenskapelige publikasjoner (2, 3) og i en rekke rapporter (4–7) fra Kunnskapssenteret, som nå er en del av Folkehelseinstituttet.

Vi vil også peke på en viktig prinsipiell side ved risikojustering: den må bare justere for forhold som foreligger ved innleggelsesøyeblikket. Det er helt feil å justere for behandling, f.eks. om pasienten får PCI eller ikke, som Hagen og medarbeidere beskriver. Det er jo nettopp forskjeller i behandling som kan forårsake forskjeller i utfall. Ellers er det mange likhetstrekk mellom metoden i artik-

>>>

kelen og den som Folkehelseinstituttet benytter. Bruk av reseptregisteret er åpenbart nyttig, og viser hvilke muligheter det ligger i å koble de mange registrene som finnes. Men, som forfatterne påpeker, er dette en tung prosess i dagens forskningsregime. Et viktig punkt i måling av kvalitet er attribueringen: hvordan skal utfallene tilordnes sykehus eller foretak? Det vanligste synes å være behandlende sykehus, og dette er etter vårt syn det naturlige valget dersom formålet er sykehusvalg eller lokal kvalitetsforbedring.

Jon Helgeland

jon.helgeland@fhi.no

Hanne Narbuvoold

Jon Helgeland (f. 1953) er seksjonsleder ved Folkehelseinstituttet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Hanne Narbuvoold (f. 1962) er avdelingsdirektør i Helsedirektoratet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hagen TP, Iversen T, Moger TA. Risikojustering ved måling av predikert dødelighet etter hjerteinfarkt. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 423–7.
2. Hassani S, Lindman AS, Kristoffersen DT et al. 30-Day Survival Probabilities as a Quality Indicator for Norwegian Hospitals: Data Management and Analysis. PLoS One 2015; 10: e0136547.
3. Kristoffersen DT, Helgeland J, Clench-Aas J et al. Comparing hospital mortality—how to count does matter for patients hospitalized for acute myocardial infarction (AMI), stroke and hip fracture. BMC Health Serv Res 2012; 12: 364.
4. Clench-Aas J, Helgeland J, Dimoski T et al. Methodological development and evaluation of 30-day mortality as quality indicator for Norwegian hospitals. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2005.
5. Helgeland J, Kristoffersen DT, Hassani S et al. 30 day survival after admission to Norwegian hospitals in 2010 and 2011. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2013.
6. Lindman AS, Hassani S, Kristoffersen DT et al. 30 day survival after admission to Norwegian hospitals for 2013. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2014.
7. Lindman AS, Kristoffersen DT, Hansen TM et al. The Quality Indicator 30 Day Survival after Admission to Norwegian Hospitals – Results for the Year 2014. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2015.

T.P. Hagen og medarbeidere svarer:

Takk til Jon Helgeland & Hanne Narbuvoold for kommentarer som vi i hovedsak er enige i. Vi vil likevel legge til to momenter.

Forfatterne gjør for det første et poeng av at en kun skal justere «for forhold som foreligger ved innleggelsesøyeblikket. Det blir helt feil å justere for behandling, for eksempel om pasienten får PCI eller ikke, som Hagen og medarbeidere beskriver». I diskusjonsdelen av vår artikkel konkluderer vi på liknende måte. Vi vil likevel påpeke at belønning av prosedyrebruk er utbredt i kvalitetsbaserte finansieringssystemer i andre land. Ofte er målsettingen da å stimulere til bruk av bestemte prosedyrer.

For det andre mener forfatterne at det er klart dokumentert hvordan risikojusteringen i kvalitetsbasert finansiering i Norge skjer og viser til tidligere og nylige arbeider. Risikojusteringen skjer imidlertid på ulike måter i disse arbeidene og det er fortsatt ikke klart for oss hvilken modell for risikojustering som idag gjelder for kvalitetsbasert finansiering.

Terje P. Hagen

t.p.hagen@medisin.uio.no

Tor Iversen

Tron Anders Moger

Terje P. Hagen (f. 1957) er professor ved Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Tor Iversen (f. 1952) er professor ved Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Tron Anders Moger (f. 1975) er førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Re: Den Gud gir et embete, gir han også forstand

Takk til Erlend Hem for en underholdende og kunnskapsrik artikkel om den som Gud gir et embete (1). Spørsmålet er jo om vedkommende samtidig får forstand, og forfatteren presenterer flere varianter og ulike tillegg til dette gamle tyske ordtaket.

Jens Bjerneboe var en kjent germanist, og i diktet «Respekt for loven», publisert i tidsskriftet *Ordet* nr. 1/1965 og inntatt i skuespillet «Til lykke med dagen» fra samme året, gir han ut en spennende variant. Diktet finnes også i hans samlede dikt (2). Første vers handler nettopp om respekt for loven, mens andre vers hyller (fengsels)reglementet og slutter slik: «Den som Gud har gitt en fange, Gir Han også taushetsplikt.»

Siste vers lyder slik:

«Politimenn går i følge

Loven krever tann for tann

Den som Gud har gitt en kølle

Vil Han også gi forstand!»

Denne varianten fortjener å bli medtatt når ulike varianter av ordspråket formidles. Den er blant annet inntatt i en lærebok i faget velferdsrett ved Universitetet i Oslo (3).

Aslak Syse

aslak.syse@jus.uio.no

Aslak Syse (f. 1946) er professor ved Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hem E. Den Gud gir et embete, gir han også forstand. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 449–50.
2. Bjerke A. red. Jens Bjerneboe Samlede dikt. 5. utg. Oslo: Gyldendal, 2006, s. 139.
3. Kjønsstad A, Syse A. Velferdsrett I. Grunnleggende rettigheter, Rettssikkerhet. Tvang. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001, s. 457.

Re: Blodfortynnende midler

Haakon B. Benestads artikkel i Tidsskriftet nr. 6/2016 understreker, som Nils Evangers i 2013, et viktig poeng (1, 2). Pasienter er ikke dumme. Fremmede ord som myalgisk encefalopati og koloskopi klarer befolkningen å lære seg når de eksponeres for dem i stor nok grad.

Jeg oppfordrer Benestad til ikke å gi opp. Dog er det lett å ty til defaitisme når man ser at retningslinjene, laget av «blodfortynnings-ekspertene» (og formodentlig for leger, ikke pasienter), er publisert på www.blodfortynnende.no. Huff, kanskje var slaget tapt allikevel.

Men du vil ikke få høre meg snakke om blodfortynning, ikke pasientene mine heller.

Stian Wendelborg

stian.post@gmail.com

Stian Wendelborg (f. 1986) er lege i spesialisering i generell kirurg ved Nordlandssykehuset, Bodø.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Benestad HB. Blodfortynnende midler. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 547.
2. Evanger N. «Blodfortynnende medisin». Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1958.