
Fem år med Gjør kloke valg – hjelper det?

KRONIKK

KETIL STØRDAL

ketil.stordal@gmail.com

Ketil Størdal er spesialist i barnesykdommer, overlege ved Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo. Han er talsperson for Gjør kloke valg-kampanjen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

STEFÁN HJÖRLEIFSSON

Stefán Hjörleifsson er spesialist i allmennmedisin, fastlege, førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen og forsker ved Allmennmedisinsk forskningsenhet Bergen. Han er leder av styringsgruppa for Gjør kloke valg.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Gjør kloke valg er Legeforeningens faglige stemme mot medisinsk overaktivitet. En kampanje tuftet på selvransakelse må også tåle et kritisk blikk i speilet: Hjelper det å forfekte kloke valg?

Forankring i fagmiljøet er en hjørnestein i *Choosing Wisely*, den internasjonale kampanjen for å unngå behandlinger og utredninger som ikke er til nytte for pasienten og i verste fall kan være til skade. Mange av våre egne fagmedisinske foreninger har tatt utfordringen, startet en faglig selvransakelse og laget gode Gjør kloke valg-anbefalinger om å redusere helsetjenester med lav verdi (*low-value care*).

Samtidig må vi innse at bak medisinsk overaktivitet er det sterke drivere som ligger utenfor fagmiljøenes rekkevidde. Slike drivere er blant annet høye forventninger fra pasientene, markedsstyrte helsetjenester, defensive

retningslinjer og insentivene helsevesenet har til å «produsere» helsetjenester. For å være rustet for en bærekraftig helsetjeneste må vi ikke overlate kloke valg til pasienter og klinikere alene, men også våge å ta grep på systemnivå.

Over 100 anbefalinger – så langt

I løpet av fem år har det kommet mer enn 100 konkrete anbefalinger fra 20 fagmedisinske foreninger rettet mot overbehandling og overdiagnostikk innen eget fagfelt (1). Legeforeningen er ikke alene på banen. Norsk pasientforening har vært med siden starten, ti andre profesjonsforeninger har blitt med og noen har også kommet med egne anbefalinger (1). I samarbeid med eksempelvis sykepleierne vil vi lettere oppnå riktig bruk av antibiotika, med farmasøytene og apotekene sikre korrekt bruk av legemidler og unngå polyfarmasi, og med fysioterapeutene tilby gode alternativer til ortopediske inngrep som har usikker gevinst.

I en spørreundersøkelse ved starten av Gjør kloke valg i 2018 ble forventninger fra pasienter og pårørende pekt på som den sterkeste driveren bak medisinsk overaktivitet (2). En åpen dialog om årsaken til at man kontakter lege og hvilke forventninger man har om utredning og tiltak kan være avklarende. Selv om pasientene har et legitimt ønske om hjelp, betyr ikke det at forventningene om hvilke tiltak som skal iverksettes, nødvendigvis skal imøtekommes. Allmennlegene har spissformulert dette i kampanjen: «Er du pasient eller kunde når du er hos fastlegen din?» (3).

«Forventninger fra pasienter og pårørende er pekt på som den sterkeste driveren bak medisinsk overaktivitet»

Faglig kompetanse innebærer også å vite hvor bremsepedalen er. I en helsetjeneste på turbo kan dyrebar tid brukt på en samtale føre til at man unngår unødvendig merarbeid: Hva vet vi? Hva vet vi ikke? Hva kan vi oppnå med nye utredninger eller behandlingsforsøk? Hvilke behandlingsalternativer finnes for deg, og med hvilken risiko og hvilken sannsynlig nytte?

Hva kan vi lære av suksesshistoriene?

Gode fagmiljøer er i stand til å korrigere kursen og å unngå undersøkelser og behandling som kan gjøre mer skade enn nytte. Eksempelene på vellykket og målrettet deimplementering (reduksjon i bruk av uhensiktsmessige helsetjenester) er flere: Forbruket av antibiotika har gått ned med 33 % på landsbasis i perioden 2012–21 (4). Artroskopisk meniskreseksjon etter 50 års alder, et ortopedisk inngrep med usikker behandlingsgevinst, ble redusert med 63 % fra 2013 til 2017 (5). Ved Oslo universitetssykehus falt andelen barn med bronkiolitt som fikk inhalasjoner med racemisk adrenalin, fra 59 % i 2009 til 5 % i 2017 (6).

Hva kan vi lære av suksesshistoriene? Et fellestrekk er solid faglig forankring og entydig evidens for å endre praksis. Resultatene reflekterer også langvarig innsats, der mange verktøy er tatt i bruk. Gjør kloke valg er fortsatt en ganske fersk aktør og bare ett av flere korrektiv til medisinsk overaktivitet. I en fersk metaanalyse konkluderte man med at 69 % av intervensjonsstudier for deimplementering ga signifikant reduksjon i helsetjenester med lav verdi (7). Samtidig pekes det på at «passive tiltak», som publisering av retningslinjer og lister over helsetjenester med lav verdi, har begrenset effekt. Konkrete anbefalinger må følges opp med implementering. Implementering er en langsiktig oppgave, og det tar tid å dokumentere effekten av tiltak for å avvikle unødvendig aktivitet.

Archie Cochranes gylne regel, «tenk før du tar en test», motiverer for å ta prøver som kan påvirke beslutningen. En jevn økning i antall blodprøver per sykehusdøgn bør ha en faglig begrunnelse (8). Universitetssykehuset Nord-Norge har satt sitt Gjør kloke valg-innspill ut i praksis. «Ikke stikk meg uten grunn» var i første omgang innrettet for å redusere unødvendige stikk, men omfatter nå også unødvendige analyser. Sørlandet sykehus er i begynnelsen av et målrettet arbeid med å redusere overbehandling i samarbeid med Helse Sør-Øst. Her står kontinuerlig forbedringsarbeid med høsting av kliniske sanntidsdata sentralt.

Allmennlegene har to Gjør kloke valg-kurs gjennom Senter for kompetanse i legetjenesten (SKIL), der det ene er knyttet til et prosjekt om verdibasert radiologi i Helse Vest (9). Norsk forening for allmennmedisin har startet initiativet Bærekraft på legekantoret, der det legges vekt på å involvere medarbeiderne på legekantorene og formidle informasjon til pasientene om at overdiagnostikk og overbehandling er uheldig for den enkelte pasient og for hele helsetjenesten (3).

Systemdrivere bak medisinsk overaktivitet

Gjør kloke valg er drevet av en faglig motivasjon for å velge utredninger og behandlinger med helsemessig gevinst og for å unngå aktiviteter som ikke gagnar pasientenes helse, uten at kostnader er et tema. Men Gjør kloke valg har ingen enerett på problemstillingen medisinsk overaktivitet, og mange av driverne ligger da også utenfor konsultasjonsrommet.

Faglig bevisstgjøring og dialog med pasientene kan ikke alene endre uheldig praksis. Drivkrefter bak overaktivitet på systemnivå må også i søkelyset, og forvaltningen og politikere har andre styringsverktøy enn den enkelte kliniker og fagmiljøene. Eksempler på systemdrivere til medisinsk overaktivitet er omfangsrike faglige retningslinjer, stykkprisfinansiering, mangelfulle IT-løsninger for radiologi og laboratoriesystemer som belønner flere prøver.

«Faglig bevisstgjøring og dialog med pasientene kan ikke alene endre uheldig praksis. Drivkrefter bak overaktivitet på systemnivå må også i søkelyset»

Faglige retningslinjer og veiledere er gode kliniske hjelpemidler, men kan også bli drivere for overaktivitet. Eksempelvis ble det på grunnlag av HUNT-studien beregnet at oppfølging av høyt blodtrykk i tråd med europeiske retningslinjer alene ville kreve flere årsverk enn det som var tilgjengelig for alle oppgavene fastlegene skal utføre (10). Retningslinjer for enkeltsykdommer kan også miste relevans om de ikke tar hensyn til samsykelighet: Gjennomsnittspasienten som følges opp for hjerneslag, har 3,7 andre kroniske sykdommer og skal derfor følges opp etter 4,7 ulike retningslinjer – noe som langt fra er gjennomførbart (11). Realistiske estimat av mulige helsegevinster i forhold til det merarbeidet som tiltaket medfører, bør derfor være en del av grunnlagsarbeidet når retningslinjer og veiledere utarbeides (12).

Det er et betydelig potensial for klokere bruk av laboratorietjenester og billediagnostikk. For biologiske markører som ikke kan endre seg i løpet av dager eller uker, gir det liten verdi å måle med korte intervaller. Her er det rom for strukturelle grep. I samråd med fagmiljøene kan for eksempel bestillingssystemene for blodprøver sette en «karantene» for måling av f.eks. senkningsreaksjon, blodlipider og vitamin D.

IT-systemer som ikke kommuniserer med hverandre, er en av grunnene til høyt forbruk av radiologiske undersøkelser. Hvis det går raskere å bestille ny MR-undersøkelse enn å innhente aktuelle bilder fra andre helseforetak og private laboratorier, blir også mangelfulle IT-løsninger en systemdriver bak diagnostisk overaktivitet. Med radiologiske systemer som kommuniserer på tvers av foretak og institutter, kan det legges inn begrensninger i systemet som hindrer gjentakelse av samme undersøkelse uten faglig grunn. Det motiverer også til mer nøktern praksis.

Finansiering og medisinsk overaktivitet

Takster og innsatsstyrt finansiering er en stor del av inntektsgrunnet både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Hvis ikke stykkprisfinansiering var et sterkt insentiv, hadde den ikke vært i bruk. Samtidig har dette styringsverktøyet en slagside ved at aktiviteten kan skrus opp for å berge bunnlinja. Dermed settes pasientens helsegevinst i skyggen. Det er høyst uheldig om finansieringssystemet belønner kvantitet på bekostning av kvalitet.

Eksempler på dette finner vi i helseatlasene, som har vist stor og uforklart geografisk variasjon i dagkirurgiske inngrep, både ved offentlige sykehus og hos private avtalespesialister (5). Høyere forekomst av væske i mellomøret er neppe grunnen til at tre ganger så mange i Nord-Trøndelag som i landet for øvrig fikk lagt inn øredren i 2015–17 (5). Oppfølging uten operasjon gir langt lavere refusjon enn kirurgi.

Vi tror at en dynamisk bruk av økonomiske insentiver har uutnyttet potensial. Redusert økonomisk uttelling for undersøkelser og behandlinger av lav verdi kan redusere bruken og gi rom for andre tiltak med påviselig effekt. For at helsetjenestene skal være bærekraftige, må kompetanse og tid brukes der

helsegevinsten er størst. Helsetjenester av lav kvalitet, der risiko og kostnader ikke står i forhold til nytte hverken for individet eller for samfunnet, må skaleres ned.

«Det er høyst uheldig om finansieringssystemet belønner kvantitet på bekostning av kvalitet»

Helseatlasene tyder på at medisinsk overaktivitet omfatter helsetjenester både i offentlig og privat regi. Vi registrerer samtidig en offensiv markedsføring av helseundersøkelser rettet mot et marked med høy betalingsvilje – og ditto helsebekymring. Reklame for helsjekk og radiologiske helkroppsundersøkelser kan gi inntrykk av at slike undersøkelser er noe alle egentlig burde ha tilgang til. Dette kan skape urimelige forventninger om hva den offentlige helsetjenesten burde tilby. Tilfeldige funn fra unødvendige undersøkelser kan også utløse videre utredning i offentlig regi, som igjen kan gå på bekostning av viktigere oppgaver.

Vi tror at fagmiljøenes innsats de siste fem åra for å motvirke overaktivitet bidrar til et klima der man også kan ta for seg drivere på systemnivå. Fagmiljøene vet i økende grad hvor skoen trykker og hvilken utredning og behandling som ikke lenger bør inngå i legenes verktøykasse. Det ligger et faglig ansvar å peke på hva som skal få plass innen rammene av offentlige helsetjenester, der rammene er gitt av politiske beslutninger og prioriteringer.

Det er sagt at Gjør kloke valg har blitt møtt av en mur av velvilje fra helseforetak og helsemyndigheter. I det ligger det en fare for at ansvaret for overbehandling forblir mellom behandler og pasient. Gjennom Gjør kloke valg kan klinikerne fortsette å påvirke, og møtet mellom pasient og behandler er et viktig sted for valg og prioriteringer. Men sterke drivere på systemnivå er også en forutsetning for helsevesenet, og endringer er nødvendige for å stimulere til høykvalitetstjenester. Noen kloke valg er ubehagelige, men nødvendige, for å sikre en bærekraftig helsetjeneste.

REFERENCES

1. Gjør kloke valg. <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/> Lest 7.10.2023.
2. Storvik AG. Undersøkelse blant 1528 leger: – Vi behandler for mye. Dagens medisin 13.9.2018. <https://www.dagensmedisin.no/allmennlegeforeningen-af-legeforeningen-overbehandling/undersokelse-blant-1528-leger-vi-behandler-for-mye/293732> Lest 7.10.2023.
3. Norsk forening for allmennmedisin. Prosjekt – Bærekraft på legekantoret. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/barekraft/> Lest 7.10.2023.
4. NORM/NORM-VET. 2021. Usage of Antimicrobial Agents and Occurrence of Antimicrobial Resistance in Norway.

<https://www.fhi.no/contentassets/c183b18ccc4a4005a6b9cfae28c97351/norm-norm-vet-2021.pdf> Lest 19.10.2023.

5. Helseatlas. Dagkirurgi i Norge 2013-2017:

<https://www.skde.no/helseatlas/v2/dagkir2> Lest 7.10.2023.

6. Klem N, Skjerven HO, Nilsen B et al. Treatment for acute bronchiolitis before and after implementation of new national guidelines: a retrospective observational study from primary and secondary care in Oslo, Norway. *BMJ Paediatr Open* 2021; 5: e001111. [PubMed][CrossRef]

7. Heus P, van Dulmen SA, Weenink J-W et al. What are Effective Strategies to Reduce Low-Value Care? An Analysis of 121 Randomized Deimplementation Studies. *J Healthc Qual* 2023; 45: 261–71. [PubMed][CrossRef]

8. Øvsthus KK, Nordal E. Ikke stikk meg uten grunn!

https://issuu.com/brataas/docs/paidos_2021-2/s/12607865 Lest 7.10.2023.

9. Helse Bergen. VeRaVest. <https://helse-bergen.no/veravest> Lest 7.10.2023.

10. Petursson H, Getz L, Sigurdsson JA et al. Current European guidelines for management of arterial hypertension: are they adequate for use in primary care? Modelling study based on the Norwegian HUNT 2 population. *BMC Fam Pract* 2009; 10: 70. [PubMed][CrossRef]

11. Pedersen RA, Petursson H, Hetlevik I. Stroke follow-up in primary care: a Norwegian modelling study on the implications of multimorbidity for guideline adherence. *BMC Fam Pract* 2019; 20: 138. [PubMed][CrossRef]

12. Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. *BMJ* 2023; 380: e072953. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 24. oktober 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0627

Mottatt 18.9.2023, første revisjon innsendt 7.10.2023, godkjent 19.10.2023.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 2. juli 2026.