

FOR MYE, FOR LITE ELLER AKKURAT PASSE?

Om variasjon, over- og underforbruk
i helsetjenesten



FOR MYE, FOR LITE ELLER AKKURAT PASSE?

Om variasjon, over- og underforbruk
i helsetjenesten

Redaksjon

Medisinsk fagavdeling ved

Ole-Anders Stensen og Kari Schrøder Hansen

Arbeidsgruppe

Kari Sollien (leder av arbeidsgruppe), Allmennlegeforeningen og sentralstyret

Petter Brelín, Norsk forening for allmennmedisin

Christian Hagen, Norsk psykiatrisk forening

Jon Olav Drogset, Norsk ortopedisk forening

Jan Ole Frantzen, Norsk radiologisk forening

Siri Helene Hauge, Norsk samfunnsmedisinsk forening

Hege Ihle-Hansen, Norsk geriatrisk forening

Sverre Dølvik, Praktiserende spesialisters landsforening

FORORD

Hvert menneske er unikt. Når vi blir syke og oppsøker helsetjenesten, skal vi få riktig behandling basert på diagnosen. I tillegg skal også eventuelle andre sykdommer vi har, vårt personlige sykdomsforløp og egne ønsker spille inn i valg av behandling. Derfor varierer bruken av helsetjenester. Ulike pasientgrupper kan ha ulikt sykdomsbilde og vil derfor få ulik behandling. Helsevesenet vårt er preget av en slik variasjon. Det er en ønsket variasjon, og er et tegn på at vi har en helsetjeneste av høy kvalitet.

Men om vi går oss selv etter i sømmene, ser vi at det finnes variasjoner i helsetjenestene som vi ikke kan forklare. Hvordan har det seg for eksempel at mer enn dobbelt så mange trenger meniskoperasjon i ett geografisk område sammenlignet med et annet? Noen ganger er det lurt å sjekke en ekstra gang og ta flere prøver, men flere undersøkelser kan også føre til flere bekymringer for pasientene – uten at det er medisinsk grunnlag for det. Og for mye av noe, betyr gjerne for lite av noe annet.

Det er med andre ord viktig å diskutere både overforbruk og underforbruk av helsetjenester. Ledende helsepolitikere har uttalt at uønsket variasjon er en sentral utfordring for helsetjenesten. Det er vi helt enige i. For å få finne løsninger, må vi først forstå hvor det butter.

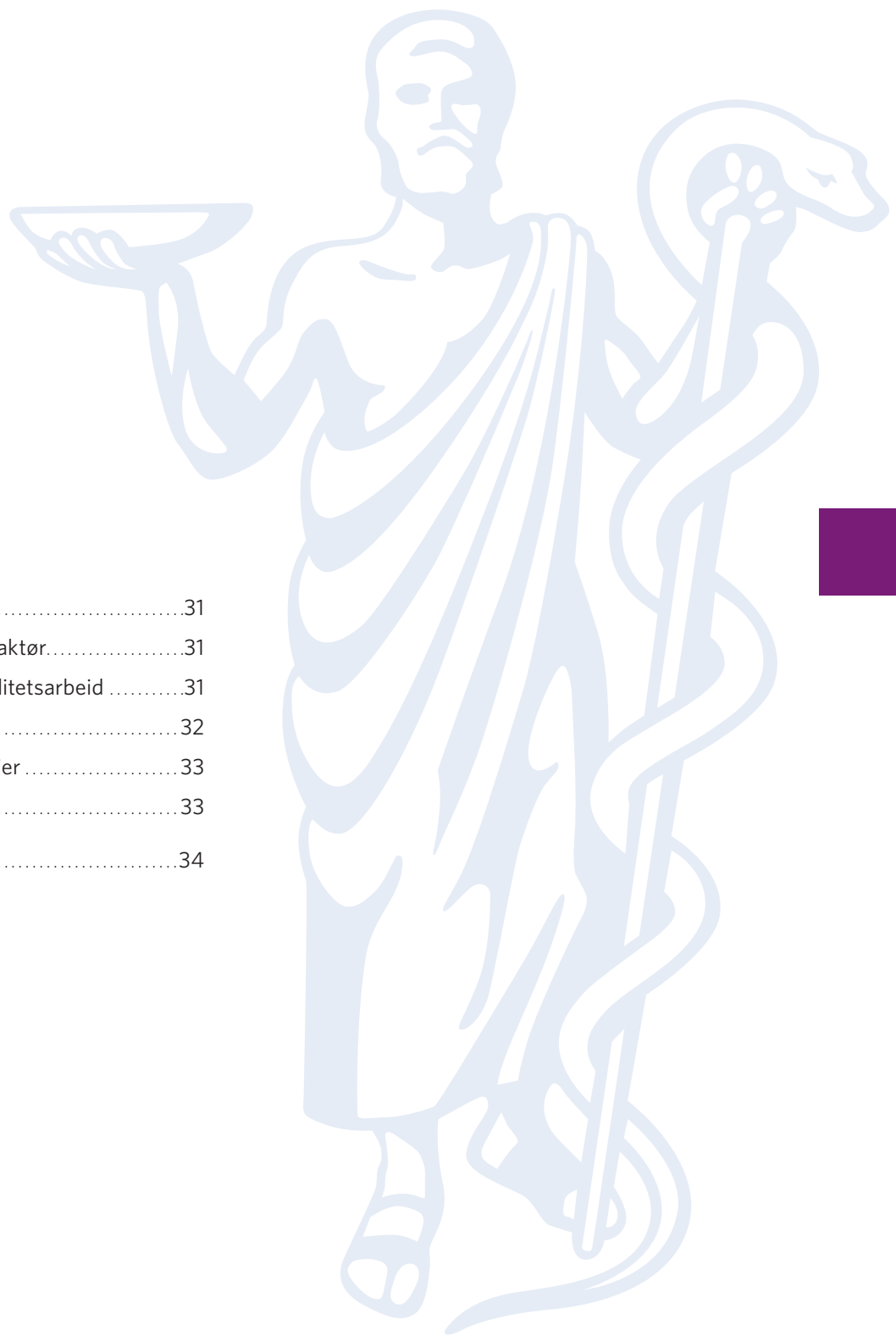
Denne rapporten er del i Legeforeningens arbeid mot uønsket variasjon. Her utforsker vi hva den uønskede variasjonen skyldes, og avklarer hva som ligger i de ulike begrepene for å forstå utfordringene bedre. Rapporten belyser også hvor viktig det er at legene får støtte for sine prioriteringer hos helsemyndighetene og annet helsepersonell. Vårt mål er at rapporten driver frem en debatt om konkrete dilemmaer som både leger og pasienter står overfor hver dag.



Marit Hermansen
President

INNHold

Sammendrag	8
<i>Legeforeningen – en aktiv aktør</i>	8
<i>Inngå som en del av kvalitetsarbeid</i>	9
<i>Kommunikasjon</i>	9
<i>Gode faglige retningslinjer</i>	9
<i>Trygging av leger</i>	9
1 Bakgrunn	10
1.1 Hva er problemet med variasjon i helsetjenesten?	10
1.2 Legenes ansvar	11
1.3 Oppbygging av rapporten	11
2 Komplekse begreper	12
2.1 Sykdom	12
2.2 Overforbruk	13
2.3 Underforbruk	13
2.4 Falskt positiv, falskt negativ og feildiagnostikk	13
3 Variasjon	14
3.1 Ønsket variasjon	14
<i>Variasjon som oppstår på grunn av pasienters ønsker</i>	14
<i>Variasjon som oppstår på grunn av ulik sykdomsforekomst</i>	14
3.2 Uønsket variasjon	14
<i>Nødvendige helsetjenester</i>	14
<i>Preferansesensitive helsetjenester</i>	15
<i>Tilbudssensitive helsetjenester</i>	16
4 Drive for overforbruk av helsetjenester	17
4.1 Troen på tidlig diagnostikk og ønsket om å redusere risiko	17
<i>Screening</i>	18
<i>Villscreening</i>	19
4.2 Legers frykt for ikke å oppdage alvorlig sykdom	19
4.3 Legers frykt for kritikk/sanksjoner for å ha gjort for lite	20
4.4 Utvidelse av sykdomsbegrepet	20
<i>Fortjenestedrevet diagnostikk</i>	20
<i>Reduserte behandlingsgrenser</i>	20
4.5 Forvaltning av rettigheter knyttet til sykdom	21
4.6 Helsepersonells vurdering av eget fagfelt	21
4.7 Teknologisk utvikling	22
4.8 Medier	23
4.9 Finansieringssystemer og økonomiske incentiver som drivere	24
4.10 Overbehandling i livets slutfase	25
5 Drive til underforbruk	26
5.1 Ulik prestisje blant sykdommer	26
5.2 Sosiale ulikheter	27
<i>Sosiale ulikheter i helsetjenestene</i>	28
<i>Metodiske svakheter i helseundersøkelser om sosiale ulikheter</i>	29
5.3 Dårlig organisering	30
5.4 Geografiske forhold	30



6 Tiltak	31
6.1 Legeforeningen en aktiv aktør.....	31
6.2 Inngå som en del av kvalitetsarbeid	31
6.3 Kommunikasjon.....	32
6.4 Gode faglige retningslinjer	33
6.5 Trygging av leger.....	33
Litteratur	34

Sammendrag

Hver pasient og hver befolkning er unik. Variasjon i helse-tjenesten er derfor i utgangspunktet både nødvendig og ønskelig. Variasjon som oppstår som et resultat av pasienters ønsker, eller som et resultat av forskjellig sykdomsforekomst mellom ulike områder i befolkningen, er ønskelig. Å tilpasse seg slike former for variasjon er et tegn på god kvalitet. Problemet med variasjon oppstår når den ikke kan forklares på grunnlag av pasientens ønsker eller sykdom i befolkningen. I slike tilfeller kaller vi variasjonen uforklarlig eller uønsket.

I **kapittel 1** beskriver vi problemet med uønsket variasjon og viser hvordan dette henger sammen med over- og underforbruk i helsetjenesten, og hvilke konsekvenser det kan ha for prioritering og legers faglige integritet.

Kapittel 2 handler om sentrale begreper i diskusjonen om over- og underforbruk i helsetjenesten, og vi tegner opp grensene og relasjonen mellom disse. Begrepene er sykdom, over- og underdiagnostikk, over- og underutredning, over- og underbehandling, falskt positiv, falskt negativ og feildiagnostikk.

I **kapittel 3** beskriver vi skillet mellom ønsket og uønsket variasjon, og vi beskriver tre forskjellige typer helse-tjenester som på ulike måter bidrar til uønsket variasjon. Disse er nødvendige helsetjenester, preferansesensitive helse-tjenester og tilbudsensitive helsetjenester.

Kapittel 4 dreier seg om drivere til overforbruk i helse-tjenesten. Disse driverne er troen på tidlig diagnostikk og ønsket om å redusere risiko, legers frykt for ikke å oppdage alvorlig sykdom, utvidelse av sykdomsbegrepet, legers frykt for kritikk/sanksjoner for å ha gjort for lite,

forvaltning av rettigheter knyttet til sykdom, helseper-sonells vurdering av eget fagfelt, teknologisk utvikling, medier, finansieringssystemer og økonomiske incentiver og overbehandling i livets sluttfase.

Kapittel 5 handler om drivere for underforbruk i helse-tjenesten. Disse er ulik prestisje blant sykdommer, sosiale ulikheter, dårlig organisering og geografiske forhold.

I **kapittel 6** tar vi for oss tiltak og beskriver hvordan Legeforeningen ønsker å arbeide med variasjon og over- og underforbruk i helsetjenesten. Disse tiltakene er som følger:

Legeforeningen – en aktiv aktør

Legeforeningen vil

- være en aktiv aktør på relevante eksterne arenaer hvor man arbeider med temaene rundt variasjon og over- og underforbruk av helsetjenester.
- arbeide med legemiddelindustrien og mediene for å hindre at sykdomspanoramaet blir kunstig dreid.
- utfordre sine fagmedisinske foreninger til å finne områder innen sitt spesialfelt hvor variasjon eller over- og underforbruk er et aktuelt problem og foreslå løsninger.
- arbeide for at myndighetene innfører egenandelsfritak for sårbare grupper, som rusmisbrukere og pasienter med alvorlige psykiatriske diagnoser, for å motvirke at disse underforbruker helsetjenester.



Inngå som en del av kvalitetsarbeid

Legeforeningen vil

- oppfordre myndighetene og de fagmedisinske foreningene til å kartlegge variasjonen på flere fagområder.
- oppfordre til at temaene vedrørende over- og underforbruk tas inn i kvalitetsarbeid på ulike nivåer, for eksempel i pasientsikkerhetsprogrammet, i ulike helseforetak og ved Senter for kvalitet i legekontor (SKIL).
- være en pådriver for økt forskning på variasjon i helsetjenestene, og arbeide for at variasjonen kombineres med resultatet av behandlingen.
- arbeide for at variasjon og over- og underforbruk blir en integrert del av både grunn- og videreutdanningen for leger.

Kommunikasjon

Legeforeningen vil arbeide for

- å styrke bevisstheten om formidling av resultater og risiko på en måte som er forståelig og nøytral. Dette innebærer eksempelvis at man fortrinnsvis skal informere om risiko i form av absolutt risiko i stedet for relativ risiko.
- at det settes av tilstrekkelig tid til kommunikasjon med pasientene.
- at refleksjon rundt variasjon og over- og underforbruk i helsetjenesten er en integrert del av helsetjenesten.

Gode faglige retningslinjer

Legeforeningen vil arbeide for at

- faglige retningslinjer må ligge til grunn for valg av behandling. Retningslinjer er imidlertid et støtteverktøy og må ikke komme i veien for nødvendig tilpasset behandling.
- retningslinjer utformes slik at man forsøker å begrense skade ved diagnostikk og behandling, både ved å unngå at enkeltpasienter utsettes for skadelig overaktivitet og ved at omfanget av helsetjenesten holdes på et bærekraftig nivå.

Trygging av leger

Legeforeningen vil arbeide

- for kollegastøtte som inkluderer å fraråde unødvendig utredning og behandling.
- for å styrke samarbeidet med tilsynsmyndighetene og arbeide for en felles forståelse av overdiagnostikk og overbehandling.
- inn mot tilsynsmyndighetene for å sikre mer likeverdig fylkesvis behandling av klagesaker.

1 Bakgrunn

Variasjon i helsetjenesten er ikke et nytt fenomen. Et av de aller første dokumenterte eksemplene er Glovers undersøkelse av fjerning av mandler mellom nærliggende områder i London i 1930-årene, hvor han på det meste fant 20 ganger forskjell i forbruksrater (Glover, 1938). Han dokumenterte også at på grunn av infeksjonsrisikoen operasjonen medførte, spesielt for fattige barn, døde omkring syv barn i London hver måned.

På slutten av 1960-årene kartla den amerikanske legen John Wennberg helsetjenestene i delstaten Vermont for å identifisere områder med underforbruk. Isteden fant han omfattende variasjon som tilsynelatende var uforklarlig. Variasjonen mellom områdene med lavest og høyest forbruk var betydelig for en rekke helsetjenester: fire ganger for å operere vekk livmoren og for å operere vekk mandlene på barn, tre ganger for å operere vekk galleblæren, og sannsynligheten for å bli innlagt i sykehus var dobbelt og tredobbelte så stor for henholdsvis fordøyelsessykdommer og respirasjonsproblemer (Wennberg, 2010).

Norge fikk i 2015 sine to første helseatlas som har som mål å sammenligne forbruket av helsetjenester mellom geografiske områder. Kartleggingen av dagkirurgiske helsetjenester og helsetjenester for barn dokumenterte at det finnes betydelige variasjoner innen disse helsetjenestene uten at forskjellene kunne forklares ut fra sykkelighet, demografi eller pasientens ønsker.

1.1. Hva er problemet med variasjon i helsetjenesten?

Problemet med variasjon oppstår når den ikke kan forklares på grunnlag av pasientens ønsker eller sykdom i befolkningen. Den kan da være et tegn på at pasienter får for mye eller for lite helsetjenester. Overforbruk oppstår når pasienter får helsetjenester de ikke ville valgt dersom de hadde fått riktig informasjon og god veiledning, eller hvis de får helsetjenester som de ikke har nytte av. Underforbruk av helsetjenester finner sted når en pasient har en tilstand hvor indikasjonene er klare og behandlingen har dokumentert effekt, og hvor pasienten ikke får nødvendig helsehjelp. Dessverre har vi i Norge lite dokumentasjon av sammenhengen mellom variasjon, behandlingsresultat og pasienttilfredshet i helsetjenesten.

Det andre problemet med uønsket variasjon handler om feil ressursbruk. Når uønsket variasjon oppstår på grunn av overforbruk, kan denne ressursbruken gå på bekostning av effektive eller nødvendige helsetjenester som pasienten ønsker. Hovedforfatteren av barnehelseatlasen skriver: «Funnene gir grunn til å spørre om vi bruker for mye ressurser på normale symptomer og forbigående tilstander hos 'friske' barn på bekostning av dem som virkelig trenger det.» (Moen, 2015).

Det tredje problemet med uønsket variasjon er at det er en trussel mot legers faglige integritet. «One of the more powerful and inescapable conclusions that has emerged from our research is that physicians behaviour is behind much of the variations», skriver pioneren John Wennberg etter fire tiår med forskning på variasjon i helsevesenet i USA (2010, s. 7). Utsagnet får gjenklang i Norges før-



ste helseatlas: «En av hovedårsakene til at forbruket av helsetjenester varierer mellom befolkningsområder kan tilskrives variasjoner i praksis mellom fagfolk.» (Balteskard og medarbeidere, 2015, s. 7).

Funnene om variasjon i helsetjenesten er et svært nyttig utgangspunkt for nærmere drøftinger om legers praksis og organisering av helsetjenesten.

1.2. Legenes ansvar

Da Legeforeningen i 2014 ba sine fagmedisinske foreninger om å beskrive tre områder innen deres fagfelt hvor det forekom henholdsvis overdiagnostikk og overbehandling og underdiagnostikk og underbehandling, ga så å si alle foreningene tilbakemelding om at alle fenomenene fantes i deres fag. De siste årene har også flere fagmedisinske foreninger arbeidet aktivt med variasjon og over- og underforbruk. Norsk ortopedisk forening og Norsk barnelegeforening har tatt initiativ til å kartlegge variasjonen i eget fag, og Norsk forening for allmennmedisin har en egen gruppe som arbeider med overdiagnostikk.

Å sette søkelyset på variasjon og å bruke denne informasjonen til å styrke kvaliteten på helsetjenestene er i tråd med Legeforeningens målsetting om å arbeide for «... høy faglig og yrkesetisk standard blant foreningens medlemmer» (Legeforeningen, 2006), og den enkelte leges plikt til å hjelpe syke til å gjenvinne sin helse og friske til å bevare den (Legeforeningen, 1961). Legeforeningen kommer til å være en aktiv aktør i arbeidet med variasjon og over- og underforbruk i helsetjenesten fremover.

1.3. Oppbygging av rapporten

Rapporten er bygd opp i seks kapitler. Kapittel 1 og 2 gir en kort bakgrunn for hvorfor variasjon og over- og underforbruk er et viktig tema og definerer sentrale problemstillinger. I kapittel 3 beskriver man hva variasjon er, og skillet mellom ønsket og uønsket variasjon. I kapittel 4 tar man for seg drivere til overforbruk, mens kapittel 5 dreier seg om drivere til underforbruk. Kapittel 6 er Legeforeningens tiltak for å hindre problemene rapporten beskriver.

2 Komplekse begreper

Flere av begrepene i denne rapporten er komplekse. Noen av dem favner bredt, andre smalt og andre både bredt og smalt. Begrepet overdiagnostikk er et eksempel på det siste. Det blir brukt som et paraplybegrep for å beskrive fenomener som feildiagnostikk, falskt positiv og overbehandling (Carter og medarbeidere, 2015). Samtidig brukes det i en smal versjon for enkeltdiagnoser.

Brystkreft er et eksempel på en diagnose hvor man ikke er kommet til enighet om hvordan man skal definere overdiagnostikk. Marmot og medarbeidere (2013) peker for eksempel på fire forskjellige definisjoner. Uenigheten om definisjonen av overdiagnostikk innen brystkreft viser en generell egenskap ved flere av begrepene i rapporten, og det er at de er omstridte. Ulike aktører har ulike interesser for hvordan et og samme begrep skal forstås og brukes.

Videre er flere av begrepene relaterte gjennom at meningen av et begrep henger sammen med forståelsen av et annet. Et eksempel er at overdiagnostikk og overbehandling henger sammen med hvordan man forstår sykdomsbegrepet.

2.1. Sykdom

I Store norske leksikon definerer man sykdom som «... fellesbetegnelse på tilstander som kjennetegnes ved forstyrrelser i kroppens normale funksjoner.», men allerede i neste setning legger man til at «Begrepet er vanskelig å definere...» (Roald, 2009). Sykdom kan defineres som fravær av helse, men helse er heller ikke et enkelt begrep å definere. Verdens helseorganisasjon har forsøkt, men det er

grunn til å stille seg tvilende til om alle som ikke oppfyller denne definisjonen, er syke: «Helse er definert som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser.» (WHO, 2006).

Til tross for at de to definisjonene i forrige avsnitt ikke avklarer hva sykdom er, kan de hjelpe oss til å forstå sykdomsbegrepets kompleksitet og hvorfor det ikke eksisterer en omforent definisjon av begrepet. For hvem skal bestemme, og hvordan skal man avgjøre hva som er kroppens «normale funksjoner», eller hva som er en normal reaksjon, og hva som er en «tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære»?

Hva som blir ansett som sykdom, henger sammen med ideene om hva som er et godt liv, kunnskap, tradisjoner og andre forhold. Dette gjør at forståelsen av begrepet varierer over tid og mellom kulturer. Fra 1946 og frem til 1990 anså Verdens helseorganisasjon homofili som en sykdom. Benskjørhet foretok den motsatte reisen. Tidligere ble det sett på som en naturlig del av aldringsprosessen, men i 1994 fastslo Verdens helseorganisasjon at det var en sykdom.

Foruten noen få unntak er det heller ikke slik at man enten har eller ikke har en sykdom. De fleste sykdommene har man mer eller mindre av. På hvilket stadium en tilstand går fra å være en normalvariant til å bli regnet som en sykdom, er derfor ikke gitt, men endres med ujevne mellomrom. Definisjonen av kronisk hyperglykemi har eksempelvis endret seg flere ganger ved at man har vedtatt lavere grenseverdier. Andre har foreslått å heve terskelen for hva man kaller kreft, og argumentert for at man ikke bør bruke det om celleforandringer som blir oppdaget ved en screeningtest.



2.2. Overforbruk¹

I denne rapporten bruker vi begrepet overforbruk når det ikke er nødvendig eller hensiktsmessig å skille mellom overdiagnostikk, overutredning eller overbehandling. Fellestrekket ved disse begrepene er at pasienten ikke har noen netto nytte av, eller i verste fall tar skade av, konsekvensene helsetjenesten medfører.

Overdiagnostikk er diagnostisering av en person uten symptomer med en sykdom som aldri vil gi symptomer eller føre til død. Et eksempel er å bli diagnostisert med brystkreft når tilstanden ikke utvikler seg. Overdiagnostikk skiller seg fra falskt positiv som oppstår ved at en test indikerer at en pasient har en gitt tilstand når vedkommende ikke har det.

Overutredning er diagnostikk eller henvisninger som rimelig sikkert ikke vil gi betydningsfull informasjon. Overbehandling kan defineres som behandling som ikke gir nytte, eller fører til mer skade enn nytte. Et eksempel er å benytte bredspektret antibiotika til pasienter uten symptomer, men med påviste bakterier i urinen, eller å gi antidepressiver når ikke-medikamentell behandling er mer eller like effektiv.

2.3. Underforbruk

I denne rapporten bruker vi begrepet underforbruk når det ikke er nødvendig eller hensiktsmessig å skille

mellom underdiagnostikk, underutredning eller underbehandling.

Underdiagnostikk er når en pasient ikke blir diagnostisert med en tilstand hvor indikasjonen er klar, og hvor det finnes behandlingsmuligheter som vil kunne bedre eller hindre forverring av sykdommen.

Underutredning oppstår når en pasient ikke får diagnostikk eller henvisning som rimelig sikkert vil kunne gi betydningsfull informasjon. Fenomenet kan eksempelvis oppstå dersom pasienten ikke blir trodd, eller om hoveddiagnosen overskygger symptomer på andre lidelser. Underutredning rammer som oftest de mest sårbare gruppene i samfunnet.

Underbehandling finner sted når pasienten har en tilstand hvor indikasjonene er klare, og behandlingen har dokumentert effekt, og hvor pasienten ikke får nødvendig helsehjelp.

2.4. Falskt positiv, falskt negativ og feildiagnostikk

Falskt positiv oppstår ved at en test indikerer at en pasient har en gitt tilstand, når vedkommende ikke har det. Falskt negativ oppstår ved at en test indikerer at en pasient ikke har en gitt tilstand til tross for at vedkommende har det. Feildiagnostikk skjer når det er gjort en feil vurdering basert på den informasjon man hadde, eller burde hatt, på diagnosetidspunktet.

¹ Definisjonene og skillene mellom begrepene er inspirert av Carter og medarbeidere. (2015).

3 Variasjon

3.1. Ønsket variasjon

Hver pasient og hver befolkning er unik. Variasjon i helsetjenesten er derfor i utgangspunktet både nødvendig og ønskelig. Variasjon som oppstår som et resultat av pasienters ønsker, eller som et resultat av forskjellig sykdomsforekomst mellom ulike områder i befolkningen, er ønskelig. Å tilpasse seg slike former for variasjon er et tegn på god kvalitet.

Variasjon som oppstår på grunn av pasienters ønsker

To pasienter med samme diagnose, kjønn og alder får forskjellig behandling fordi de har ulike ønsker og behov. Noen har en enkelt sykdom, mens andre har flere sykdommer hvor f.eks. behandling for én lidelse kan forverre en annen lidelse. Mye forskning er basert på studier som er gjort på voksne med kun en enkelt sykdom, og resultatene er ikke nødvendigvis gyldige for «multisyke» barn eller eldre. Det kan ikke lages retningslinjer for alle tenkelige kombinasjoner av problemstillinger, og behandlingen må tilpasses den enkelte pasient. Også forhold rundt pasienten, for eksempel pårørendes evne til å bidra, vil ha betydning for hvilken behandling som velges. På individnivå er det derfor nødvendig med en «skreddersøm» av tjenestene - og en slik variasjon er ønskelig.

Variasjon som oppstår på grunn av ulike sykdomsforekomst

Variasjon på gruppenivå kan også være et uttrykk for riktig bruk av ressurser der dette er basert på ulike forekomst

av sykdom. Behandling av infeksjoner utløst av flåttbårne agens skjer for eksempel hyppigere i sørlige deler av Norge da skogflått nærmest er fraværende i Nord-Norge. Et annet eksempel er at kommuner som har tatt imot et høyt antall traumatiserte flyktninger, får et høyere forbruk av psykologtjenester. Det viser at man tilpasser omfanget av helsetjenesten til befolkningens behov.

3.2. Uønsket variasjon

Uønsket variasjon – eller variasjon som ikke kan forklares ut fra ulikhet i sykkelighet eller pasientens ønsker – er en utfordring for pasienter, pårørende, helsepersonell, samfunn og myndigheter. Alle helsetjenester varierer ikke like mye. Noen helsetjenester har nesten ingen variasjon, mens andre ofte har stor variasjon. På grunnlag av denne observasjonen har forskningen på variasjon ført frem til tre kategorier helsetjenester som kan bidra til å forklare hvorfor variasjonen varierer mellom ulike helsetjenester (Wennberg, 2010).

Nødvendig helsetjenester

Nødvendige helsetjenester har dokumentert effekt, og det er lite eller ingen uenighet om indikasjoner. Etterspørselen er definert og begrenset av medisinsk vitenskap. Behandlingen i denne kategorien er ansett som bedre enn andre alternativer, og man er enige om at nytten overgår bivirkningene eller uintenderte konsekvenser behandlingen måtte medføre. Dette gjelder for eksempel lårhalsbrudd og operasjon for tykktarmskreft. Det er som regel lite variasjon innen nødvendige helsetjenester, og underforbruk er mer utbredt enn overfor-



bruk. Et eksempel på underforbruk i denne kategorien er vaksinering av små barn.

Preferansesensitive helsetjenester

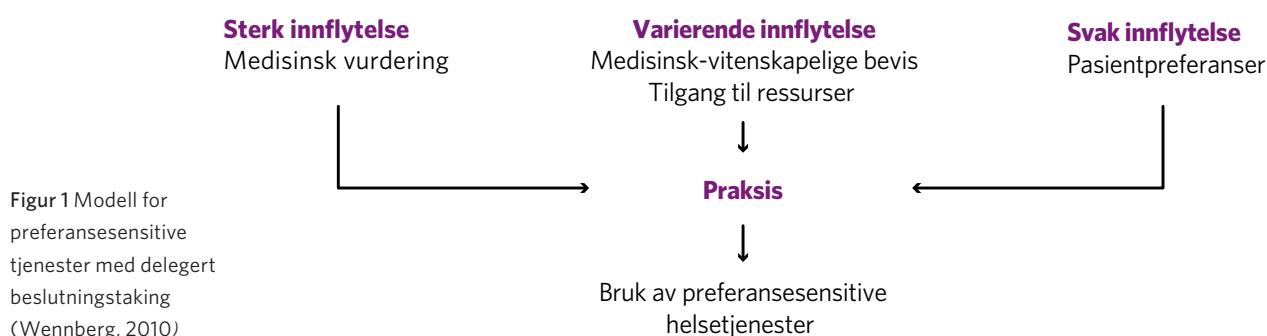
Preferansesensitive helsetjenester er helsetjenester hvor pasienten har valget mellom flere behandlinger som har ulike fordeler og ulemper, og hvor indikasjonen og helsegevinsten av de forskjellige tiltakene kan være uklar eller omstridt i fagmiljøet (Moen og medarbeidere, 2015). Masseundersøkelse for brystkreft og prostatakreft, tidlig ultralyd i svangerskap og flere dagkirurgiske prosedyrer er eksempler på preferansesensitive helsetjenester. I USA er det anslått at preferansesensitive tjenester står for omtrent en firedel av den totale variasjonen.

Valg mellom ulike behandlingsformer oppleves av mange pasienter som vanskelig, og de delegerer gjerne behandlingsvalget til legen basert på antagelsen om at legen vet hva som er best. Behandlende lege har ofte en antagelse om hva pasienten ønsker og dette, sammen med legens egne preferanser, kan bli styrende for behandlingsvalget

– ikke pasientens ønsker. En forutsetning for at pasientene kan gjøre disse valgene, er at de får korrekt informasjon som presenteres på en måte som er mulig for pasienten å forstå. Dette gir legene et særskilt ansvar for god informasjon og å få tak i pasientens reelle ønsker.

Det er ikke kun behandlende lege som påvirker pasientens preferanser. Annet helsepersonell, medier, politikere, alternativmedisinere, bekjente og slektninger er andre eksempler på relevante aktører i denne diskusjonen (fig 1).

Elektiv kirurgi er et godt eksempel på preferansesensitive helsetjenester. I januar 2015 publiserte Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering Norges første helseatlas. I atlasen tar forfatterne for seg 12 offentlig finansierte dagkirurgiske inngrep som til sammen utgjør omtrent halvparten av volumet innen dagkirurgien. Atlasen viser og dokumenterer at for 9 av 12 inngrep har områdene med høyest forbruk over dobbelt så høy rate som områdene med lavest forbruk, og forfatterne mener at denne variasjonen må kunne karakteriseres som uønsket (Balteskard og medarbeidere, 2015, s. 51).

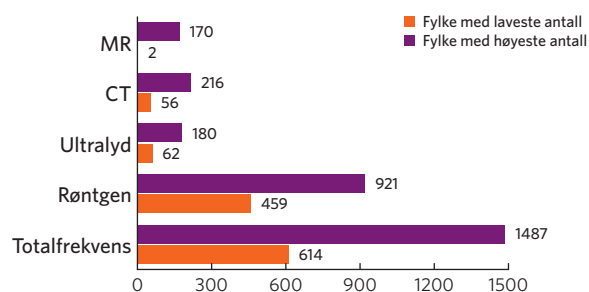


Tilbudssensitive helsetjenester

Tilbudssensitive tjenester er helsetjenester hvor tilbudet av en ressurs påvirker etterspørselen – jo bedre tilgang det er til en ressurs, desto mer tilbøyelig vil pasienter og helsepersonell være til å ta den i bruk. Eksempler på slike ressurser er antall sykehussenger, fastleger, legespesialister og diagnostiske instrumenter. Det er anslått at tilbudssensitive helsetjenester står for omtrent 60 % av den totale variasjonen i helsetjenestene i USA.

En viktig grunn til at en rekke helsetjenester er tilbudssensitive er at det mangler medisinsk dokumentasjon på nytten av tjenestene som legen kan støtte sine avgjørelser på. Eksempelvis finner man lite hjelp i den medisinske litteraturen om nytten av kontroller hos spesialist, eller om man skal ringe en spesialist i infeksjonssykdommer for å få råd om en pasient med feber. I fraværet av medisinsk kunnskap støtter leger seg ofte på en antagelse om at flere helsetjenester er bedre. Det fører til at man bruker opp den kapasiteten man har, og når forskjellige områder har ulik kapasitet, fører det til variasjon.

Lysdahl og Borretzen (2007) peker på at variasjonen innen bildediagnostikk kan skyldes at det er en tilbuds-sensitiv helsetjeneste. Forfatterne dokumenterte at totalfrekvensen av bildediagnostikk mellom fylkene i 2002 på det meste varierte med en rate på 2,4. Det var også en betydelig variasjon mellom fylkene med lavest og høyest forbruk for de forskjellige modalitetene (fig 2). Antall undersøkelser per 1 000 innbyggere var i 2002 høyest i Oslo for alle modalitetene.

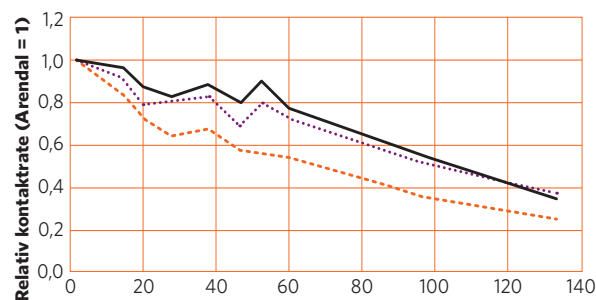


Figur 2 Høyeste og laveste fylkesvis antall bildediagnostiske undersøkelser per 1 000 innbyggere i 2002 (Lysdahl & Borretzen, 2007)

Forfatterne av Barnehelseatlasen peker på tilbudssensitive tjenester som forklaring på variasjonen de fant: «Flere av universitetssykehusområdene har blant de høyeste forbruksratene for poliklinikk med mange spesialister tilgjengelig, og det er sannsynlig at det her foreligger et tilbudssensitivt høyt forbruk som ikke primært er faglig fundert (...). Det er indikasjoner på at en del av variasjonen som fremkommer i barnehelseatlasen, representerer variasjon for tilbudssensitive helsetjenester, både relatert til senge- og poliklinikk-kapasitet og antall spesialister» (Moen og medarbeidere, 2015, s. 99–100). Den samme tendensen har man ikke funnet for allmennleger i Norge.

Raknes og Hundsgård har dokumentert sammenhengen mellom legevaktkonsultasjoner og avstand til legevakten. Økt reiseavstand til legevakt innebar en reduksjon i antall konsultasjoner, og funnene synes å være uavhengig av hastegrad og kan ikke forklares ut fra medisinske, demografiske eller sosioøkonomiske forhold.

Figur 3 viser forholdet mellom legevaktkontakter og avstand til legevakten for ulike hastegrader. Hastegraden grønn er mindre alvorlige tilstander som kan vente. Pasienter med slike tilstander kan i de fleste tilfellene oppsøke fastlegen istedenfor legevakt. Som vi ser av figur 3, er det en klar tendens til at pasienter som bor nær legevakten, oppsøker legevakten for disse tilstandene i større grad enn pasienter med lengre avstand. Forfatterne mener at dette kan tyde på et overforbruk i sentrale strøk. Samtidig gjelder den samme tendensen for akutt hastegrad. Det kan tyde på et underforbruk av legevaktkonsultasjoner i mer perifere strøk (Raknes & Hunskaar, 2013).



Figur 3 Forholdet mellom legevaktkontakter og avstand til legevakten, fordelt på hastegrad akutt (rød), haster (gul) og vanlig (grønn) (Raknes & Hunskaar, 2013)



4 Drivere for overforbruk av helsetjenester

«Tidligere handlet vår forståelse og opplevelse av sykdom om smerte, tap av funksjon og andre symptomer, mens i dag har redsel, usikkerhet og mangel på kontroll fått en mer sentral rolle», skriver Aronowitz (2015), og peker på at til tross for at medisinske intervensjoner i lang tid har dreid seg om å forebygge konsekvensene av ulike sykdommer, er moderne medisin uten historisk sidestykke med sitt søkelys på risiko. Heaths (2014) observasjon gir gjenklang til denne beskrivelsen: «Every healthcare professional is now required to consider an ever greater array of potential risks to the patient's health, however well that patient might be feeling. And every responsible and rational citizen is expected to actively seek out and eliminate all possible risks to their future health and to consume medical technologies in order to achieve this aim.»

Andre mener vi lever i en tid med en utbredt – men ofte feilaktig – oppfatning om at «det nye er bedre enn det gamle, at det avanserte er bedre enn det enkle, og at mer er bedre enn mindre» (Hofmann, 2015), og at forestillingen kan gjøre oss til teknologiske giganter, men etiske lilleputter. Bringedal og Osland (2010) hevder at helsetjenesten har gått fra antikkens legeetiske idealer om å unngå å gjøre skade, til en holdning om å realisere gode intensjoner selv når det er svak dokumentasjon om virkningene – tilbakeholdenhet og varsomhet er blitt erstattet av overmot.

Dersom slike beskrivelser av kulturelle trekk ved samfunnet og helsetjenesten stemmer, er konsekvensen i verste fall overforbruk.

4.1. Troen på tidlig diagnostikk og ønsket om å redusere risiko

Grunnen til at tidlig diagnostikk blir fremhevet som et gode, er at man kan oppdage sykdom eller risikofaktorer for sykdom på et stadium hvor det er muligheter for mer skånsom behandling. Mange tror at tidlig testing er et gode, og motargumenter blir ofte utelukkende oppfattet som at man ikke vil bruke penger på dette. Nedenfor er noen eksempler som viser at testing uten indikasjon kan ha negative konsekvenser.

- Falsk trygghet. Testen er kun et øyeblikksbilde, og aggressiv sykdom kan oppstå kort tid etter at testen er tatt.
- Viktig diagnostikk kan bli utsatt. Et eksempel på dette kan være at en kvinne ikke undersøker brystene fordi hun har vært til mammografi for få måneder siden og tror at alt er bra. Det kan også forekomme at en kvinne venter med å kontakte lege for en kul i brystet fordi hun skal til ny mammografi i løpet av få måneder.
- Diagnostikk kan ha alvorlige bivirkninger. For eksempel vil en forhøyet PSA-verdi kunne medføre biopsier i den videre utredningen. Noen av disse pasientene får til dels en svært alvorlig infeksjon. Tilsvarende gjelder for skopi av tykktarm med påfølgende fjerning av polypper. I noen av disse polyppene kan man finne kreft, mens andre pasienter vil kunne dø som følge av at man blir påført hull i tarmen under prøvetakingen.

- Engstelse på grunn av falskt positive svar og funn som ikke har klinisk betydning. En studie basert på Helseundersøkelsene i Trøndelag viste at personer som hadde fått en diagnose i form av høyt blodtrykk, diabetes eller lavt stoffskifte, opplevde at de hadde dårlig helse. De som hadde den samme tilstanden, men som ikke visste om det, oppga at de hadde like god helse som friske personer (Jorgensen, Langhammer, Krokstad & Forsmo, 2015).
- Oppfølging av falskt positive svar krever mye ressurser som burde vært brukt på syke pasienter. Øyebunnbilder med uspesifikke forandringer tatt av optiker, medfører for eksempel mange henvisninger til øyelege. Øyelegene må bruke ressurser på å avklare disse funnene, noe som medfører lengre ventetid for eksempelvis diabetikere.
- Tidlig diagnostikk er som regel uhensiktsmessig dersom sykdommen ikke kan behandles eller forebygges. Dersom en person som føler seg frisk, får vite at hun har forandringer i hjernen som kan ses hos pasienter med demens, vil det antageligvis kun føre til bekymring og sykeliggjøring i flere år før en eventuell debut av sykdommen.

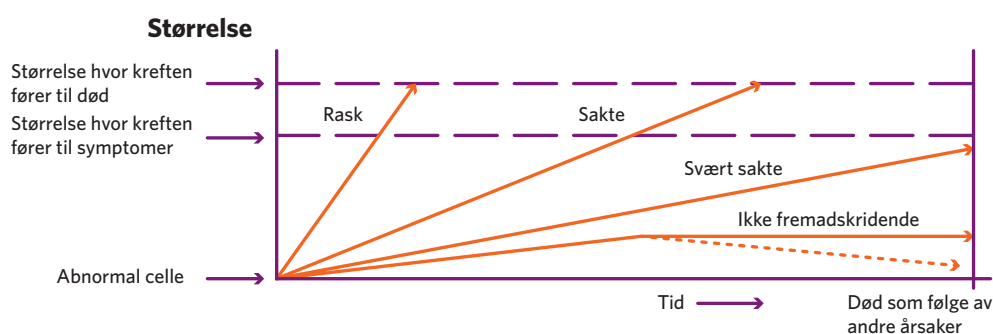
Screening

Screening, eller masseundersøkelser, er det tydeligste eksemplet hvor forestillingen om nytten av tidlig diagnostikk har fått størst gjennomslag. Screening er en undersøkelse av antatt friske personer med formål å oppdage sykdom eller risikofaktorer for sykdom.

Undersøkelsene har ikke som mål å gi et endelig diagnostisk resultat, men skal kartlegge personer som er aktuelle for nærmere undersøkelser. Norge har i dag to nasjonale screeningprogrammer innen kreft: et for brystkreft (alle kvinner 50–69 år) og et for livmorhalskreft (alle kvinner 25–69 år).

I disse screeningprogrammene er fem års overlevelse etter at diagnosen er stilt et viktig mål på om programmet fungerer etter hensikten eller ikke. Et slikt mål kan være misledende. En grunn er at screening fører til tidligere oppdagelse som i seg selv bidrar til at man lever lenger etter diagnosetidspunktet. En annen grunn er at screening oppdager abnormaliteter som oppfyller den patologiske definisjonen av kreft, men som aldri vil utvikle seg til symptomer eller føre til død. Disse pasientene er overdiagnostiserte og bidrar til en høyere fem års overlevelse. På grunn av disse forholdene kan ikke fem års overlevelse brukes som bevis på at et screeningprogram fungerer. Det er det kun redusert dødelighet av sykdommen som kan.

I figur 4 ser vi fire tilfeller av kreftceller som vokser med ulik hastighetsgrad: rask, sakte, svært sakte og en variant som vokser sakte, for så å stagnere eller gå tilbake (ikke fremadskridende). Svært sakte og ikke fremadskridende vil ikke ha nytte av screening selv om det påvises kreft. Sykdommen vil aldri utvikle seg til å gi symptomer før pasienten dør av andre årsaker. Kreft med raskt forløp vil ha stor sannsynlighet for å utvikle seg mellom screening-periodene, og det er da viktig at pasientene oppsøker lege så snart de får symptomer og ikke venter til neste gang de skal til screening (Welch & Black, 2010).



Figur 4 Skjematisk fremstilling av ulike forløp av kreftsykdommer (Welch & Black, 2010)

Undersøkelser og screeningprogram som fungerer etter hensikten, kan gi publikum et inntrykk av at logikken om tidlig diagnostikk kan overføres til andre tilstander, og dermed skape et ønske om å la seg teste for andre tilstander «for sikkerhets skyld». For noen tilstander er tidlig oppdagelse i overveiende grad positivt, for andre tilstander er det uklart eller tvilsomt hvorvidt dette er tilfellet. En ukritisk holdning til fordelene ved tidlig oppdagelse kan føre til økt legebesøk og økt testaktivitet i en populasjon som har lav risiko for sykdommen det testes for. Resultatet kan bli mange falskt positive testresultater med påfølgende engstelse og medisinsk oppfølging av testresultatet. I dette notatet tar vi ikke stilling til hvorvidt eksisterende screeningprogrammer fungerer etter hensikten, men vi mener at diskusjonen belyser problematikken med evaluering av effekten av slike programmer, og hvor viktig det er på forhånd å ha klargjort forventninger og metodikk for evaluering av effekt.

Villscreening

Villscreening innebærer en uorganisert undersøkelse av store, udefinerte grupper i den hensikt å oppdage sykdom på et tidlig stadium. Villscreening kan oppstå på basis av pasientens eller legens ønsker. Helsekontroller av friske personer kan anses som villscreening, men dersom det tas prøver basert på en risikovurdering, defineres dette som sykdomsjakt (case-finding).

Villscreening kan forekomme både i offentlig og privat regi. Det er ofte enkle undersøkelser som i seg selv har liten sannsynlighet for komplikasjoner, men påfølgende utredning kan ha negative følger. Mange private virksomheter reklamerer for undersøkelser som i realiteten er villscreening. Private helsesentra, apotek og optikere reklamerer ofte for at hyppige kontroller er viktig for å kunne oppdage sykdom tidlig. Eksempler på villscreening kan være at det tas bilde av øyebunnen hos optikere, undersøkelse av føflekker på apotek eller at det tas PSA-test av menn hos legen. Dette regnes kun som villscreening dersom det tas uten at det er en indikasjon for å ta prøven. En øyebunnsundersøkelse hos en diabetiker, undersøkelse av en føflekk som har forandret seg, eller PSA-måling hos en mann med vannlatingsproblemer, er ikke villscreening.

Eventuelle negative konsekvenser av villscreening blir underkommunisert. I tillegg til at det kan skape engstelse hos en del pasienter i påvente av en videre avklaring, binder villscreening betydelige ressurser hos spesialister for å avklare at friske personer er friske. Denne tiden burde spesialistene bruke på å behandle syke mennesker i stedet.

4.2. Legers frykt for ikke å oppdage alvorlig sykdom

De fleste leger har en personlig, forpliktende relasjon til sin pasient, noe som innebærer et ønske om å gi pasienten best mulig behandling. Dette innebærer å oppdage eventuell alvorlig sykdom hvor det finnes gode behandlingsalternativer.

De fleste symptomer er ikke tegn på alvorlig sykdom. På den annen side vil mange alvorlige sykdommer debutere med symptomer som ikke lar seg skille fra uskyldige tilstander. Det ideelle ville være å kunne si med sikkerhet at pasienten ikke har en alvorlig sykdom. For klinikere kan det derfor føles trygt å undersøke og diagnostisere litt mer for sikkerhets skyld, også når sannsynligheten for underliggende sykdom er meget lav.

Unyttig rekvirering eller overrekvirering av analyser kan være et resultat av en «for sikkerhets skyld»-tenkning. En pilotstudie ved Sykehuset Asker og Bærum viste at 69 % av rekvireringene for akutt abdomen var i strid med retningslinjene. For protrombintidtest (PT-INR) og hemoglobin anslo forfatterne av studien at henholdsvis 17 og 15 % av analysene var unødvendig rekvirert (Jenum, Soberg, Maal & Flesland, 2005). I Norge – som internasjonalt – har det vært en økning i antall analyser fra år til år. Dette skjer også med analyser som er blitt erstattet av nye og bedre analyser. Selv om troponin ble innført som infarktparameter i 1999, og i dag erstatter CK-MB som rutineparameter for infarktstatus, økte bruken av begge metodene med 25 % i tidsrommet 2002–2004 (Gjelsvik, Kaarboe, Haukland, Monsen & Sandberg, 2008).

Det er 5 % sannsynlighet for at et tilfeldig analyseresultat ligger utenfor referanseområdet selv om pasienten er frisk. Resultat utenfor dette området vil ofte utløse

ytterligere oppfølging. Oppfølgingen kan være kontroll av analysene, men også bestilling av flere laboratorieprøver og andre undersøkelser eller behandling.

4.3. Legers frykt for kritikk/sanksjoner for å ha gjort for lite

Ofte brukes fasiten som mål på hva som har vært riktig diagnostikk og behandling. Det er grunn til å problematisere dette. Det omtales ofte som feil dersom en alvorlig sykdom ikke er blitt oppdaget ved første undersøkelse av et relevant symptom. Ta for eksempel en pasient som oppsøker legen for hodepine. Det viser seg senere at pasienten har en svulst i hjernen som sannsynligvis var årsak til smertene, og legen får kritikk av tilsynsmyndighetene for ikke å ha henvist pasienten til MR-undersøkelse. Et annet eksempel kan være en pasient med feber som viser seg å ha en alvorlig hjernehinnebetennelse. Legen kan få kritikk for ikke å ha lagt inn pasienten ved første gangs undersøkelse.

En vurdering av om legen hadde gjort rett, skal baseres på hva legen visste, eller burde ha visst, på det aktuelle tidspunktet. Til tross for dette blir fasiten ofte brukt som grunnlag for kritikk og sanksjoner, og legen kan bli beskyldt for å ha gjort feil selv om hun har fulgt gjeldende praksis og retningslinjer. Dette kan bidra til defensiv medisin, hvor flere utredninger gjennomføres for sikkerhet skyld. Samtidig som det er lett å bli anklaget for unnlater, er det svært lite sannsynlig å bli anklaget for at man har gjort for mye.

4.4. Utvidelse av sykdomsbegrepet

I 2005 inviterte *British Medical Journal* leserne sine til å lage en topp 20-liste over ikke-sykdommer. Det kom inn nesten 200 forslag, og aldring, kjedsomhet, ensomhet, ulykkelighet, store ører, skallethet, fregner, graviditet, fødsel, jet lag, poser under øyene og cellulitter var noen eksempler som kom inn. Med begrepet ikke-sykdom henspilte man på problemer som enten er, eller som man med tiden ser for seg kan bli, definert som en medisinsk tilstand, men hvor folk kunne hatt det bedre dersom problemet ikke var definert på den måten. Formålet med øvelsen var å starte en debatt om begrepet sykdom.

Medikalisering betyr «å gjøre medisinsk» og beskriver en prosess hvor «et problem forstås med medisinske begreper, vanligvis som en sykdom eller forstyrrelse, eller at man bruker medisinske intervensjoner for å behandle det» (Conrad, 2005). Illich (1976) brukte begrepet for å peke på at flere og flere sider av det som tradisjonelt har vært en del av menneskelige eksistensielle erfaringer og overgangsritualer – for eksempel fødsel, aldring, død og smerte – blir institusjonalisert og medikalisert i legemiddelindustrien, helseprofesjoner og pasientorganisasjoner. Ny biomedisinsk kunnskap og krav fra pasienter blir pekt på som aktører som bidrar til medikalisering.

Begrepet blir ofte brukt i negativ forstand for å beskrive en ekspansiv prosess hvor stadig nye problemer blir omdefinert til medisinske problemer, en sykeliggjøring av livets omskiftelser. Men samtidig som økningen i legeårsverk, medikamentforbruk, sykehusinnleggelser og konsultasjoner kan tas til inntekt for en økende medikalisering i samfunnet, er det blitt pekt på at mye av dette er fremskritt som ikke sykeliggjør folk, men som bidrar til redusert lidelse, bedret livskvalitet, lengre liv og bedre funksjonsevne (Frich & Fugelli, 2006).

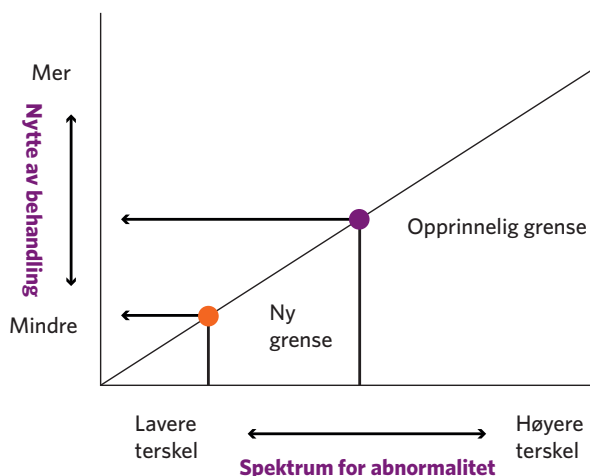
Fortjenestedrevet diagnostikk

Moynihan (2003) beskriver hvordan forskere med tette bånd til legemiddelindustrien arbeider med å definere og klassifisere nye lidelser og sykdommer. Han viser blant annet til eksemplet «seksuell dysfunksjon hos kvinner», hvor legemiddelindustrien har drevet et langsiktig arbeid med å definere seksuelle problemer hos kvinner som en lidelse. Forskere som var tilknyttet Pfizer, anslo at den totale prevalensen av seksuell dysfunksjon for kvinner mellom 18–59 år var 43 % (Laumann, Paik & Rosen, 1999). Bakgrunnen for dette anslaget var at kvinner som hadde svart ja på at de i to måneder eller mer det siste året hadde erfart minimum ett av syv seksuelle problemer, for eksempel mangel på sexlyst eller seksuell prestasjonsangst, ble kategorisert som seksuelt dysfunksjonelle.

Reduserte behandlingsgrenser

De siste tiårene har vi sett en reduksjon av behandlingsgrenser og mål for både risikotilstander og kroniske lidelser. Grensene er redusert for høyt kolesterolnivå, blodukker, astma, hjerteinfarkt, hjertesvikt, osteoporose og

kronisk nyresykdom (Schwartz & Woloshin, 1998). For alle disse tilstandene er anbefalte intervensjonsgrenser og behandlingsmål redusert i et slikt omfang at flere vil ha behov for individuell medisinsk oppfølging. Jo lavere terskelen for en sykdom blir satt, desto større sjanse er det for at behandlingsmålene nås (fordi man behandler mildere tilfeller av tilstanden), men desto mindre sannsynlighet er det for at den enkelte pasient har reell nytte av behandlingen (fig 5).



Figur 5 Sammenhengen mellom behandlingsgrenser og nytte av behandlingen (Welch, Schwartz & Woloshin, 2011).

4.5. Forvaltning av rettigheter knyttet til sykdom

Det er flere eksempler på at ulike rettigheter knyttes til sykdomsbegrep. Det kan være rett til å få refundert reisebilletter, rett til fravær på skolen eller rett til ulike permisjoner. Norge har en god sykelønnsordning som gir full kompensasjon av lønn for de fleste. Et vilkår for sykepenger er at sykdomskravet i folketryktdloven oppfylles. Grensen for hva som kan kalles sykdom (eller mistanke om sykdom), må i mange tilfeller fastsettes ved legens skjønn. Dette skjønnnet kan komme under press av pasientens økonomiske incentiver.

Når en pasient får en symptom- eller sykdomsdiagnose uten at dette bedrer hans prognose, kan det få negative konsekvenser for pasienten hvis sykmeldingen fører til unødvendige undersøkelser, passivisering eller skaper

problemer ved senere kjøp av forsikring. Kortvarig sykmelding kombinert med aktivitetsfokus, oppfølging og gode råd kan likevel, også i tvilstilfeller, være en hensiktsmessig behandling som bidrar til at pasienten kan gjenvinne funksjon og arbeidsevne raskt og effektivt.

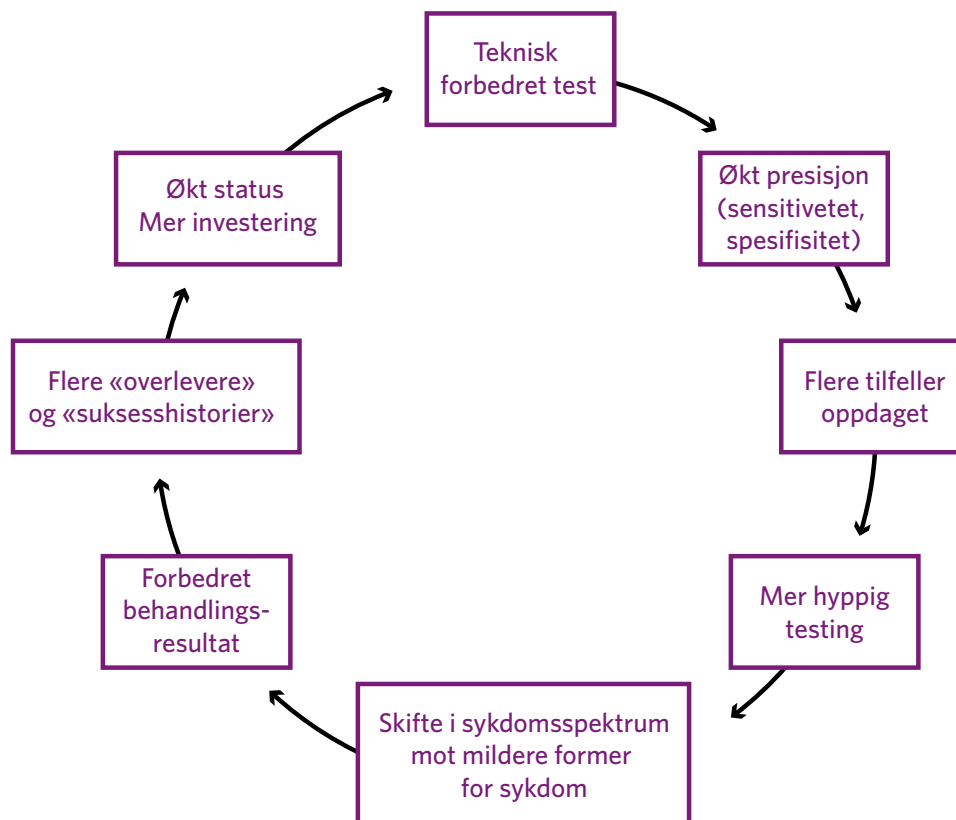
Om en person skal bli sykmeldt eller ikke, bestemmes først og fremst av hvor nedsatt funksjons- og arbeidsevnen er, og i hvilken grad arbeidsplassen kan legge til rette for dette (Ose og medarbeidere, 2013). Årsaken til den nedsatte funksjons- og arbeidsevnen vil ved en stor andel av sykefravær ligge i ytre forhold som livsbelastninger eller sosiale forhold. En studie viser at så mye som 50 % kan henføres til slike årsaker (Aronsson, Johansen, Marklund, Rønning & Solheim, 2015). Ytre årsaker skaper ubalanse og symptomsammensetninger hvor legen bekrefter sykdomsvilkåret ved sykmelding.

Det er grunn til å være oppmerksom på de negative sidene ved at reaksjoner på livsbelastninger som tidligere ble sett på som en del av livet, nå får en merkelapp som sykdom. Det kan bidra i en medikaliserende retning i samfunnet. Samtidig skal mennesker med redusert funksjonsnivå på grunn av alvorlig sorg og andre tunge psykososiale belastninger ha god og omsorgsfull behandling i helsetjenesten. I mange tilfeller vil også en kort periode med avlastning fra jobb være hensiktsmessig. Det er behov for videre drøfting av hvordan vi som leger skal ivareta disse behovene uten å drives i retning unødvendig diagnostikk og medikalisering av folks liv.

4.6. Helsepersonells vurdering av eget fagfelt

Ulike yrkesgrupper og ulike spesialister er betydelige bidragsytere til å foreta mer diagnostikk og behandling. Dette kan ha ulike årsaker, og en av de viktigste faktorene er at spesialister kan ha en tendens til å overvurdere forekomst og betydning av eget fagfelt i en befolkning. Disse forholdene gjelder mange grupper helsepersonell, f.eks. optikere, legespesialister, helsesøstre, jordmødre og farmasøyter.

For eksempel ble det i et oppslag fra TV2 i september 2015 vist til at en ny studie hadde vist at én av tre ungdommer oppfylte kravene for migrene. Hvis man



Figur 6 Selvfosterkende sløyfe i utviklingen av diagnostisk teknologi (Hofmann, 2015)

summerer spesialistenes anslag av hvor stor andel av befolkningen som lider av sykdommer innen deres felt, vil man få et høyt tall. I tillegg skaper slike oppslag en forventning om at store grupper i befolkningen trenger intervensjon eller behandling, og blir således en driver. Disse forholdene gjelder ikke kun leger, men også andre profesjoner som skaper forventninger om betydningen av mer tjenester innen deres felt.

Ulike yrkesgrupper og spesialister har en tendens til kun å se problemstillinger fra eget fagfelts ståsted. Dette kan skape spenninger som kan gi seg utslag i påstander om at annet helsepersonell ikke kan nok om ens eget spesialfelt, og at pasientens plager ikke blir tatt på alvor.

En annen viktig faktor kan være at spesialisten som har fått henvist en pasient, kan føle en ekstra forventning til at «noe» skal gjøres fordi spesialisten er siste ledd i henvisningskjeden. Så lenge en pasient fremdeles har plager/sykdom, kan det være vanskelig å si at man ikke anbefaler en behandling selv om den har tvilsom effekt. Både pasient, lege og pårørende kan ha en forventning til at «alt skal være prøvd» før man stopper videre utredning og behandling.

4.7. Teknologisk utvikling

I denne sammenhengen er den teknologiske utviklingen en del av den totale medisinske utviklingen, men vi har valgt å beskrive den separat.

Innen radiologi startet den teknologiske utviklingen ved oppdagelsen av at røntgenstrålene, men først etter at datateknologien kom i bruk i 1970-årene skjøt utviklingen fart. CT-maskiner og ultralyd ble stadig mer vanlig, og etter hvert også MR og PET-CT. Kraftigere og raskere datamaskiner har akselerert den teknologiske utviklingen de siste årene.

Intervensjonsradiologi erstatter i økende grad omfattende kirurgiske prosedyrer, og robotkirurgi er på full fart inn i sykehusene. Det lages stadig nye apper, og det er nå mulig å sitte hjemme og diagnostisere atrieflimmer ved hjelp av en mobiltelefon. Hjemmeundersøkelser av hjerterytmeforstyrrelser eller fotografering av øyebunnen er eksempler på undersøkelser som kan ha nytte for enkelte pasienter, men vil sannsynligvis medføre at mye ressurser må brukes på å avklare funn uten signifikant betydning.

Hofmann peker på at diagnostisk teknologi er en selvforsterkende sløyfe (Hofmann, 2015). Implementering av en ny test med økt presisjon fører til at flere tilfeller blir oppdaget. Dette bidrar til hyppigere testing som, sammen med senkede sykdomsterskler, fører til et for-



bedret behandlingsresultat – en stigende andel pasienter med diagnosen overlever. Denne prosessen blir oppfattet som en suksess som igjen bidrar til økte investeringer i ny diagnostisk teknologi. Samtidig som diagnostisk teknologi er en viktig del av medisinenes utvikling, medfører også innføringen uønskede konsekvenser (fig 6).

Helsevesenets, og også befolkningens, ønske og krav om presis diagnostikk er en viktig driver for økt bruk av bildediagnostikk. Bildediagnostikk er et viktig diagnostisk verktøy, og bruken av bildediagnostikk øker. Legenes motivasjon for å bestille bildediagnostikk kan være svært forskjellig. Noen har klart formulerte spørsmål som det ønskes svar på, for eksempel diameteren på hovedpulsåren. Mens andre leger ber om en generell undersøkelse av for eksempel buken, for om mulig å finne en forklaring på pasientens plager. Mange pasienter går til regelmessige kontroller i mange år etter at de er operert for kreft. Radiologenes oppgave er da å oppdage eventuell senspredning så tidlig som mulig, i håp om at behandling kan hjelpe.

Det hviler med andre ord et betydelig diagnostisk press på den enkelte radiolog for å rapportere funn som gir mistanke om patologi, for eksempel spredning av kreft. Det å overse et funn, eller å unnlate å rapportere funn, som i ettertid viser seg å være av betydning, vil enhver radiolog forsøke å unngå. Radiologene må derfor hele tiden forsøke å vurdere hva som er normalt, og hva som kan være unormalt. Samtidig må radiologen også ta stilling til hva som er relevant å rapportere. En radiolog kan formulere en omfattende og detaljert radiologisk rapport, mens en annen radiolog vil kunne skrive «normale funn», på samme pasient.

Tendensen synes å gå mot detaljerte beskrivelser der rekvirerende lege i større grad selv må vurdere om bildefunnene er verdt å legge vekt på. Særlig vanskelig kan dette være om radiologen beskriver en rekke funn

med forslag til hva dette muligens kan være, selv sagt i et meget tidlig stadium. Selv om både radiologen og rekvirerende lege forstår at sannsynligheten for at det virkelig dreier seg om alvorlige funn er meget liten, er mange ikke villige til å slå seg til ro med denne erkennelsen. Veien til videre undersøkelser og nye kontroller er ofte kort. Hva som skal rapporteres, og hva som kan ignoreres, er det på ingen måte enighet om i fagmiljøene.

Tilsvarende som for klinikere, vil kritikk og mulige sanksjoner fra tilsynsmyndigheter kunne medføre at man heller rapporterer for mange funn enn for få funn.

4.8. Medier

Helsestoff er interessant for mediene, men hovedsakelig dersom det er nye behandlingsformer for alvorlige lidelser eller der noe har «gått feil». Norsk journalistikk er både blitt kritisert for å skremme befolkningen ved å fremstille fenomener som har minimal risiko for helsen på en måte som kan bidra til at folk bekymrer seg unødvendig, og for å overdrive fordelene og ulempene av medikamenter og behandlingsmetoder (Lillevedt, 2009). Ansvaret for at informasjon blir korrekt, ligger imidlertid ikke kun hos journalistene. Forskere, forhandlere, myndigheter og helsepersonell har også et ansvar for at tall presenteres på en nøytral måte til mediene.

Mediene er en viktig informasjonskanal, og god helsejournalistikk har derfor stor betydning for opplysning innen behandling og diagnostikk. Både leger og journalister har et ansvar for å gi balansert informasjon. Det er her viktig å ta i betraktning hvilken arena man er på. Forekomsten av en tilstand i en befolkning er annerledes enn forekomsten av sykdommen i en sykehusavdeling. Dersom en journalist henvender seg til en sykehuslege vedrørende forekomst og behandling av en sykdom i primærhelsetjenesten, kan dette medføre at informasjonen

ikke blir korrekt fordi sykehuslegen har sin virksomhet i en annen setting enn fastlegen.

Når aviser og medier rapporterer om forskningsresultater og helsestatistikk, peker man i en amerikansk studie på at de vanligste feilene er at man ikke oppgir noen tall eller at tall blir oppgitt på en lite nøktern måte for å vinne leserens oppmerksomhet, og at man ikke informerer leseren om viktige begrensninger i studien (Gigerenzer, Gaissmaier, Kurz-Milcke, Schwartz & Woloshin, 2007). I en gjennomgang av hva norske aviser skriver om nye legemidler, konkluderer Høye og Hjortdal med at «... norsk avisjournalistikk ofte er ukritisk positiv og gir ufullstendig informasjon om fordeler, bivirkninger og kostnader ved medikamentene.» (Høye & Hjortdahl, 2002). Av artiklene hvor man omtalte medikamentets virkning fant forfatterne at 79 % ikke tallfestet virkningen, at 51 % ga medikamentet en positiv vurdering og at man i 19 % av artiklene brukte overdrevne beskrivelser, for eksempel ordet «vidunderpille».

Et eksempel er omtalen av p-piller hvor flere land hadde omtale av risiko for blodpropp ved bruk av en ny type p-piller. Etter at antall aborter hadde hatt en jevn nedgang i England og Wales fra 1990 til 1995, opplevde landene en markant økning etter at man gjorde befolkningen oppmerksom på en økt risiko for trombose ved bruk av noen typer p-piller. Mens risikoen for trombose i absolutte tall var 1 av 7 000 for andregenerasjons p-pille, var risikoen 2 av 7 000 for tredjegerasjons p-pille. Dette ble i mediene rapportert som en 100 % økning for potensielt livstruende blodpropp. Oppslagene bidro til å skape angst, og flere kvinner sluttet å ta p-pillen. Resultatet av frykten for å ta p-pillen er blitt anslått til å ha medført 13 000 ekstra aborter det påfølgende året etter nyhetsoppslagene. For hver abort var det også en ekstra fødsel, hvorav 800 gjaldt jenter under 16 år (Furedi, 1999).

Medienes ønske om å finne «syndebukker» blir ofte definert som kritisk journalistikk av journalister. Ofte fokuserer journalistene da på at helsepersonell har gjort «feil» i form av at de har gjort for lite. Å bli eksponert på denne måten er belastende og kan medføre at det gjøres ekstra mye unødvendig diagnostikk og behandling for ikke å kunne beskyldes for å ha gjort for lite.

4.9. Finansieringssystemer og økonomiske incentiver som drivere

Helsetjenesten finansieres av offentlige bevilgninger og refusjonsordninger, private forsikringsordninger og egenbetaling, inkludert egenandeler.

Økonomiske incentiver kan øke effektiviteten og være et incitament for å få unna helsekøer. Samtidig kan disse incentivene føre til at det gjøres for mange og unødvendige inngrep med mulig reduksjon av kvaliteten. Mange har derfor tatt til orde for at man skal gå bort fra stykkprisfinansiering. Nettopp det faktum at stykkprisfinansiering fungerer som et incitativ, gjør imidlertid at det kan brukes som styringsverktøy for ønsket behandlingsprofil.

Det er viktig å huske på at refusjonsordningene også kan medføre underforbruk av helsetjenester slik at noen pasienter ikke får den behandling de burde ha fått, for eksempel der utgifter til utstyr overskrider refusjonen.

Det hyppigste er likevel at virksomheter styrer mot det som gir størst økonomisk gevinst. Dette gjelder spesielt dersom tjenesten/undersøkelsen er lett å gjennomføre på en hurtig og enkel måte. Man kan da få en situasjon hvor diagnostikk og behandling gjøres uten å være faglig indisert.

Den kraftige økningen av snorkeoperasjoner for noen år tilbake var et godt eksempel på hvordan refusjonsordningen var et incitament for økt behandling.

Vi kan ta et annet eksempel fra ortopedisk kirurgi. En pasient er henvist for langvarige skulderplager. Pasienten settes opp til en operasjon på grunnlag av en henvisning fra fastlegen uten forutgående poliklinisk undersøkelse – da en slik undersøkelse ofte honoreres dårlig. Den preoperative undersøkelsen hos kirurg gjøres derfor på operasjonsdagen. Dersom det er svak indikasjon for inngrepet, vil virksomheten miste mesteparten av inntektene for denne pasienten mens personalet som er til stede, fortsatt skal ha sin lønn. De økonomiske incentivene kan i noen tilfeller føre til at noen kirurger likevel setter inn skopet «for å kikke gjennom».



FOTO: FOTOLIA.COM

Stykkprisbasert refusjon er lagt opp slik at kirurgen får betalt en bestemt sum, avhengig av hva slags prosedyre legen utfører under en operasjon. Man får for eksempel relativt lite for en diagnostisk artroskopi, og mer hvis man gjør en artroskopisk «shaving» av en synovitt. Det ligger altså en økonomisk driver i å finne litt synovitt og «shave» bort dette, selv om det ikke er strengt tatt medisinsk indisert.

4.10. Overbehandling i livets slutfase

Blant skrøpelige og multisyke eldre med minimale organreserver er terskelen ofte høy for å avslutte medisinsk behandling, til tross for at det ikke lenger er holdepunkter for å fortsette med behandlingen. Ofte blir det også igangsatt behandling som pasientene burde vært forskånet for.

I intensivbehandling i spesialisthelsetjenesten i livets slutfase er det blitt pekt på at man ofte behandler svært gamle eller svært syke pasienter til tross for dårlig prognose (Vangsnes, 2015). Et eksempel på dette er pasienter med langtkommen demens som nærmer seg livsavslutning på grunn av sykdomsprogresjon, som overføres fra sykehjem til sykehus med spørsmål om utredning, væskebehandling og ernæring. En grunn til dette er at pårørende og helsepersonell på vakt ikke er kjent med

at demens er en sykdom med dødelig utfall og at den beste behandlingen for pasienten vil være en palliativ tilnærming på sykehjemmet.

For pasienter med langtkommen kreftsykdom kan det også forekomme overbehandling. Dette er spesielt utfordrende dersom det dreier seg om yngre pasienter. Det kan være et uttalt ønske fra pasient og pårørende om at «alt» skal prøves. Selv der behandlingen i seg selv har en stor risiko for å *forkorte* livet, velger pasientene ofte å gjennomgå belastende behandling i livets slutfase.

Et av hovedfunnene i en kunnskapsoppsummering om passende behandlingsnivå og behandlingsintensitet for alvorlig syke og døende er at pasientene ønsker å være informert om sin sykdom og prognose, og diskutere spørsmål knyttet til behandling og omsorg i livets slutfase, men at disse ønskene ofte ikke blir godt nok ivarettatt og at kjennskapen til pasientenes ønsker derfor kan være mangelfull. Gjennomgangen viser også at andelen pasienter som ønsker å dø hjemme, er betydelig høyere enn andelen som faktisk gjør det (Skår og medarbeidere, 2014).

5 Drivere til underforbruk

Det kan være nyttig å skille mellom underforbruk som finner sted i helsetjenesten, og underforbruk som finner sted utenfor helsetjenesten, ettersom underforbruket har ulike årsaker.

Underforbruk utenfor helsetjenesten oppstår når en person med en tilstand hvor indikasjonen er klar, og hvor det finnes behandlingsmuligheter som vil kunne bedre eller lindre forverring av sykdom, ikke oppsøker helsetjenesten. Årsakene til det kan være flere. En årsak kan for eksempel være at man har for høy terskel for å oppsøke helsetjenesten med sine helseproblemer eller at man ikke har penger til det. Noen grupper, som barn som er utsatt for misbruk, vil ofte ha manglende mulighet til å oppsøke hjelp selv.

Underforbruk i helsetjenesten oppstår når personer som ville hatt nytte av diagnostikk, utredning eller behandling, ikke får de nødvendige tjenestene til tross for at de har oppsøkt helsetjenesten. Årsakene til et slikt underforbruk kan skyldes dårlig organisering og samhandling, for lav kapasitet og utilstrekkelige ferdigheter i pasientkommunikasjon.

Samtidig som skillet mellom underforbruket som finner sted i og utenfor helsetjenesten kan være nyttig til analytiske formål, er dette grenser som vil flyttes i takt med hva man definerer som helsetjenestens oppgaver.

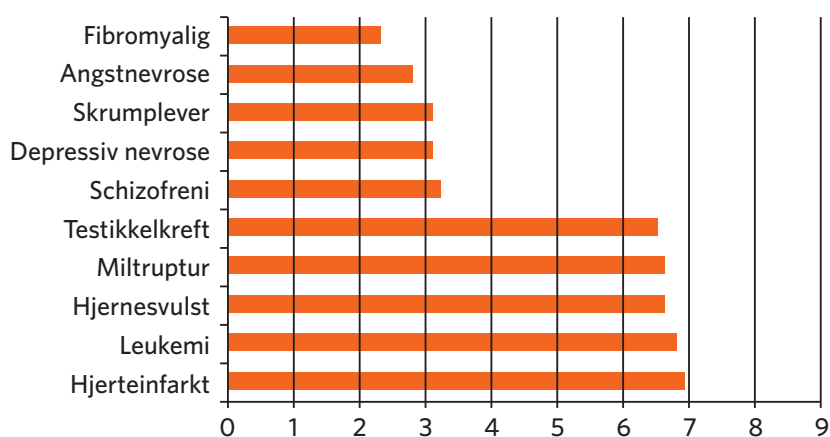
Det er flere faktorer som kan påvirke befolkningens helse negativt, men hvor det ikke blir riktig å snakke om et underforbruk av helsetjenester. Dette kan for eksempel være faktorer knyttet til levekår og livsstil, for eksempel boforhold, arbeidsmiljø, jobbsikkerhet, fysisk aktivitet,

forurensning, kvalitet på skolene, matvaner og sosial kontakt. Det betyr ikke at konsekvensene av dårlige levekår og livsstil kan føre til tilstander som trenger medisinsk oppfølging.

5.1. Ulik prestisje blant sykdommer

I 1991 undersøkte Album (1991) om sykdommer og medisinske spesialiteter kunne rangeres etter prestisje. Han ba et utvalg av erfarne leger, medisinstudenter og annet helsepersonell om å gi 38 sykdommer og 22 medisinske spesialiteter en skår fra én til ni. Resultatene viste en klar forskjell i prestisje, både mellom sykdommer og medisinske spesialiteter. Sykdommene hjerteinfarkt, leukemi, hjernesvulst, miltruftur og testikkelkreft skåret høyest, mens schizofreni, depressiv nevrose, skrumplever, angstnevrose og fibromyalgi skåret lavest.

Ti år senere ble en tilsvarende undersøkelse utført. Nok en gang viste det seg at sykdommene lot seg rangere i et hierarki, og i all hovedsak var rangeringen den samme som i den første undersøkelsen. Som vi ser av figur 7, var sykdommene med henholdsvis høyest og lavest prestisje de samme som ti år tidligere. Om man sammenligner skåren mellom hjerteinfarkt (størst prestisje) og fibromyalgi (minst prestisje), har førstnevnte tre ganger så høy skår som sistnevnte (Album & Westin, 2008).



Figur 7 De fem høyeste og fem laveste rangerte sykdommene på en skala 1-9. Jo høyere skår, desto høyere prestisje. Utvalget besto av overleger, allmennleger og siste års medisinstudenter (Album & Westin, 2008)

Forskerne bak undersøkelsen mener at funnene tyder på at «... sykdommer og spesialiteter som er assosiert med sofistikert teknologi, akutte og invasive prosedyrer i vitale organer i øvre del av kroppen, blir gitt høy skår, spesielt når pasienten er ung eller middelaldrende. I den andre enden blir lave skårer gitt til sykdommer og spesialiteter som er assosiert med kroniske tilstander i nedre del av kroppen, eller som ikke har noen spesifikk plassering, med mindre synlige behandlingsprosedyrer og med eldre pasienter»² (Album & Westin, 2008).

Funnene om sykdommenes prestisje viser at sykdommer som er vanlige blant eldre pasienter, har lavere prestisje enn sykdommer som er vanligere blant unge og middelaldrende pasienter. Det er uklart om det utelukkende er kjennetegn ved sykdommen og måten den blir behandlet på, som påvirker sykdommens prestisje, eller om trekk ved pasienten – som alder, utdanning og inntekt – også

er en del av forklaringen for hvorfor noen sykdommer har høyere prestisje enn andre.

Det er ikke gjort noen studier som undersøker sammenhengen mellom sykdomsprestisje og prioritering, men det er ikke umulig at det er en sammenheng og at lav prestisje får negativ betydning for forskning, rekruttering av spesialister og tildeling av ressurser.

5.2. Sosiale ulikheter

«Tilgangen på gode helsetjenester vil ofte være omvendt med befolkningens behov for dem», skrev Julian Tudor Hart i 1971 (Hart, 1971). Denne sammenhengen har fått navnet den omvendte helsetjenestelov eller loven om den omvendte omsorg. I utgangspunktet var den en kritikk mot et privat helsetjenestemarked som han mente aldri ville komme til å flytte sine prioriteringer fra de områdene som er mest lønnsomme, til områdene hvor

² Legeforeningens oversettelse

behovet er størst. Men den omvendte helsetjenestelov gjør seg også gjeldende i land hvor helsetjenesten i all hovedsak er offentlig og tilgangen gratis (Watt, 2002).

Med sosiale ulikheter i helse sikter man som oftest til helseforskjeller hvor man antar at ulik utdanning, inntekt eller yrke forårsaker eller bidrar til ulikhet i helse eller ulike helsevaner (Østhus, Mäkelä & Norström, 2016).

Årsakene til sosiale ulikheter i helse er komplekse og ofte et samspill blant flere faktorer, for eksempel materielle omgivelser, som levestandard, arbeidsmiljø og helse-tjenester, psykososiale forhold, som kontroll, stress og verdsetting, og atferdsindikatorer, som røyking og mosjon (Elstad, 2013). Det er også blitt hevdet at graden av inntektsulikhet påvirker forekomsten av angst og depresjoner, fedme og levealder (Pickett & Wilkinson, 2011).

Samtidig som den norske befolkningens helse i all hovedsak er god, skriver Folkehelseinstituttet at «...gjennomsnittstallene skjuler en historie om store forskjeller i sykelighet og dødelighet» (Stoltenberg, 2015). I en kunnskapsgjennomgang av sosiale ulikheter i helse i Norge, skriver forfatterne at «Helsen er jevnt over dårligere og levealderen kortere blant mennesker med kort utdanning, lav inntekt og lav yrkesstatus. Og det er ikke bare de dårligst stilte som sliter med dårlig helse. Helse-tilstanden følger et trappetrinnmønster: Jo høyere man er i det sosioøkonomiske hierarkiet, jo bedre er helsen og jo lenger lever man.» (Dahl, Bergsli & van der Wel,

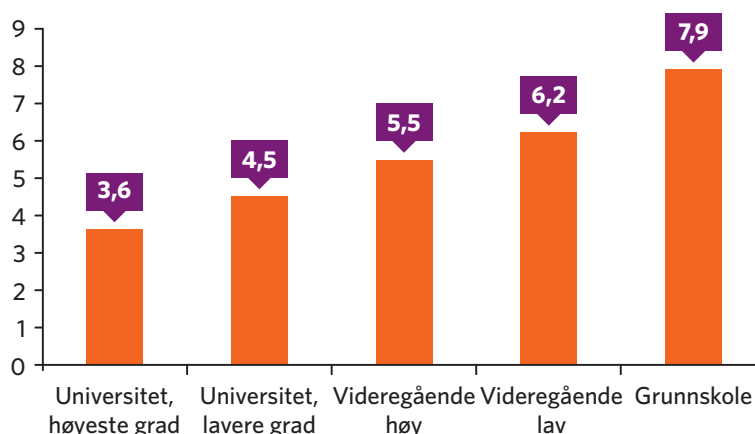
2014). Som vi ser av figur 8 under, kommer trappetrinnsmonsteret eksempelvis til syne når man sammenligner andelen menn med ulikt utdanningsnivå som dør i alderen 44–66 år.

Sosiale ulikheter i helsetjenestene

Helsetjenesten kan enten bidra til å forsterke eller utjevne allerede eksisterende helseulikheter mellom grupper i samfunnet. Det er flere måter man kan undersøke sosiale ulikheter i helsetjenesten: tilgang til tjenestene, bruk av dem og behandlingsresultat. I empiriske undersøkelser i Norge har man i all hovedsak sett på variasjon i bruken av ulike helsetjenester.

Hansen og medarbeidere (2012) viste at jo høyere utdanning kvinner har, desto større er sannsynligheten for at de har vært hos en legespesialist i løpet av et år. Besøk hos fastlegen viste en motsatt sammenheng. Jo høyere utdanning man hadde, desto færre besøk hadde man hos fastlegen. Mønsteret peker i retning av at videre behandling og oppfølging av pasienter oftere finner sted i spesialisthelsetjenesten for pasienter med høy utdanning, mens det for pasienter med lav utdanning oftere finner sted hos fastlegen. Forfatterne mener at forklaringen på denne sammenhengen kan være at det er lettere for høyt utdannede kvinner å få henvisning til spesialisthelsetjenesten, at velstående pasienter omgår fastlegen og oppnår tilgang til spesialister direkte, eller at sårbare grupper ikke møter opp til timer hos spesialist.

Figur 8 Prosent døde 1993-1999 blant menn, alder 42-66 og bosatt i Norge, etter utdanning. Aldersstandardisert (Elstad, 2005)



I en kunnskapsgjennomgang av sosiale ulikheter i helse i Norge peker man også på sosiale ulikheter i bruken av private legespesialister og for noen polikliniske tjenester, men små eller ingen forskjeller i bruken av allmennlegetjenester og sykehusinnleggelser (Dahl og medarbeidere, 2014). Konklusjonen av denne og en annen kunnskapsgjennomgang er at helsetjenestene i Norge først og fremst er fordelt etter behov (Clench-Aas, 2007, Dahl og medarbeidere, 2014). Til tross for at dette kan være en riktig beskrivelse er det grunn til å stille spørsmål om studiene som disse konklusjonene baserer seg på, måler sosiale ulikheter i helsetjenesten godt nok.

Metodiske svakheter i helseundersøkelser om sosiale ulikheter

I Norge har vi mye informasjon om befolkningens sykkelighet og hva vi dør av, men i all hovedsak er informasjonen om hvordan helsetjenestene fungerer generelt, og for ulike pasientgrupper, mangelfull. Undersøkelser hvor

man forsøker å måle sosiale ulikheter i helse, har noen metodiske svakheter som kan bidra til å kamuflere reelle forskjeller mellom sosioøkonomiske grupper.

For det første mangler helseundersøkelser ofte objektive mål på respondentenes helsetilstand, og i flere nasjonale helseundersøkelser benytter man isteden egenvurdert helsetilstand for å korrigere for ulik sykkelighet blant grupper (Finnvold, 2009). I tidligere undersøkelser er det funnet systematiske forskjeller i måten sosioøkonomiske grupper rapporterer om egen sykdom, som fører til at lavere sosioøkonomiske gruppers helsetilstand fremstår bedre enn hva den i realiteten er, mens det omvendte er tilfellet for høyere sosioøkonomiske grupper (Elstad, 1996).

For det andre mangler mange helseundersøkelser informasjon som kan si noe om kvaliteten på helsetjenesten. I flere undersøkelser sammenligner man hyppigheten av legekonsultasjoner, uten at de har informasjon om hvor lenge undersøkelsen varer, eller kvaliteten på



konsultasjonen. Finnvold (2009) peker også på at høy bruksfrekvens av en helsetjeneste kan være et tegn på manglende kontroll av sykdommen. Et slikt aspekt klarer ikke en undersøkelse, hvor man utelukkende sammenligner brukshyppigheten av en helsetjeneste, å plukke opp. Små eller ingen forskjeller i bruksfrekvens mellom sosioøkonomiske grupper trenger derfor ikke å være et uttrykk for likeverdige helsetjenester.

For det tredje er lavere sosioøkonomiske grupper systematisk underrepresentert i helseundersøkelser. Dette fører til at man har dårligere informasjon om hvordan helsetjenesten fungerer for disse gruppene.

Disse svakhetene i mesteparten av de foreliggende helseundersøkelsene i Norge gjør at man ikke kan utelukke at helsetjenesten bidrar til økt sosial ulikhet innen flere områder enn hva som er dokumentert hittil.

5.3. Dårlig organisering

Over- og underforbruk i helsetjenesten kan ofte skyldes dårlig organisering. I en doktorgrad om depresjon i sykehjem fant forfatteren at 25 av 88 sykehjemspasienter hadde depresjon, samtidig som kun 14 av disse var dokumentert deprimerte i pasientjournalene. Parallelt med denne underdiagnostiseringen fant forfatteren en overbehandling av depresjon ettersom 39 pasienter fikk antidepressiver. Uklare ansvarsforhold blir pekt på som en viktig årsak til underdiagnostiseringen og overbehandling (Iden, 2015).

5.4. Geografiske forhold

Det er et politisk prinsipp at alle i Norge skal få et likeverdig helsetilbud. Det er imidlertid akseptert at dette ikke er mulig å oppnå for tidskritiske sykdommer. Det er for eksempel satt en veiledende responstid for ambulanser på akuttoppdrag til 12 minutter i tettbygde strøk og 25 minutter i griskrendte strøk. Det er ingen medisinsk begrunnelse for denne ulikheten, men en erkjennelse av at det tar lengre tid å få ambulanse i deler av Norge. Dette synes å være akseptert.

Tilsvarende er det en del tidskritiske tilstander som kun behandles ved store sykehus i sentrale strøk. Dette kan være utblokkning av blodårer ved hjerteinfarkt eller fjerning av blodpropp ved enkelte typer hjerneslag. Fjerning av blodpropp gjennom prosedyrer på innsiden av blodårene (endovaskulær trombektomi) er vist å være effektiv behandling hos noen pasienter med liten effekt av medikamentell blodproppbehandling (trombolytisk behandling) eller i de tilfeller hvor trombolytisk behandling ikke kan gis. Denne typen slagbehandling utføres kun ved regionale slagsentre, og behandlingskjeden må her sikre rask seleksjon og overflytting. I Helse Sør-Øst utføres denne behandlingen ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, og det foreligger prosedyre for rask utvelgelse og overflytting av aktuelle pasienter. I Helse Nord er det i dag ikke døgntilbud med denne behandlingen, mye grunnet geografiske utfordringer og bemanning. Prosedyre for potensiell seleksjon mangler derfor. Det fører til en uønsket variasjon i tjenesten. Tilsvarende geografisk ulikhet kan man finne for PCI-behandling ved trange blodårer i hjertet.



6 Tiltak

Det er mange faktorer som påvirker variasjon og eventuelt over- og underforbruk i helsetjenesten. Politiske føringer, juridiske forhold, ulike preferanser og hvilke tilbud som eksisterer, er noen av faktorene. Medisinske beslutninger og forvaltning av ulike lover og regler er noen viktige faktorer som påvirker hvilke diagnostiske tiltak og behandlinger som iverksettes. Legeforeningen organiserer nesten alle norske leger og står derfor i en unik posisjon til å kunne påvirke arbeidet slik at pasientene i størst mulig grad får et riktig tilpasset tilbud. Arbeidet vil måtte foregå på mange nivåer, og det vil være en kontinuerlig prosess.

6.1. Legeforeningen en aktiv aktør

Legeforeningen bør være en aktiv aktør i arbeidet med å forme en helsetjeneste som i størst mulig grad gir det riktige tilbudet til pasientene. Det vil innebære at noen skal ha mer behandling, mens andre skal ha mindre enn hva som er tilfellet i dag.

Foruten å jobbe eksternt vil Legeforeningen være en aktiv bidragsyter ved å sette temaet på dagsorden i egen organisasjon. De fagmedisinske foreningene er spesielt viktige i denne sammenhengen. De innehar fagkompetansen som er nødvendig for å kunne få en felles forståelse av problemstillingen innen eget fag. Videre er de i en unik situasjon for å kunne få et fagmiljø til å samle seg om felles strategier for mulige løsninger.

Legeforeningen vil

- være en aktiv aktør på relevante eksterne arenaer hvor det arbeides med temaene rundt variasjon og over- og underforbruk av helsetjenester.
- arbeide med legemiddelindustrien og mediene for å hindre at sykdomspanoramaet blir kunstig dreid.
- utfordre sine fagmedisinske foreninger til å finne områder innen sitt spesialfelt hvor variasjon eller over- og underforbruk er et aktuelt problem og foreslå løsninger.
- arbeide for at myndighetene innfører egenandelsfritak for sårbare grupper, som rusmisbrukere og pasienter med alvorlige psykiatriske diagnoser, for å motvirke at disse underforbruker helsetjenester.

6.2. Inngå som en del av kvalitetsarbeid

Kunnskap om hva som forekommer av diagnostikk og behandling, i tillegg til variasjon i helsetjenesten, er en forutsetning for å identifisere problemområder. Helseatlasene som ble presentert i 2015, har gitt mye nyttig informasjon om geografiske variasjoner. Selv om slike data i seg selv ikke gir noen fasit på hva som er problemet, og hvor løsningen ligger, er de en forutsetning for å kunne forbedre arbeidet.

Legeforeningen vil

- oppfordre myndighetene og de fagmedisinske foreningene til å kartlegge variasjonen på flere fagområder.
- oppfordre til at temaene vedrørende over- og underforbruk tas inn i kvalitetsarbeid på ulike nivåer, for eksempel i pasientsikkerhetsprogrammet, i ulike helseforetak og ved Senter for kvalitet i legekontor (SKIL).
- være en pådriver for økt forskning på variasjon i helsetjenestene og arbeide for at variasjonen kombineres med resultatet av behandlingen.
- arbeide for at variasjon og over- og underforbruk blir en integrert del av både grunn- og videreutdanningen for leger.

6.3. Kommunikasjon

God og presis kommunikasjon er viktig for å komme frem til riktig nivå på tiltak som iverksettes. Det gjelder kommunikasjon på ulike nivåer, både kommunikasjon med pasienter, mot befolkningen, mot politikerne og med mediene.

Uansett hvilket nivå kommunikasjonen er på, er det viktig at den tilpasses på en forståelig og troverdig måte. Kommunikasjonen må baseres på faglig kunnskap, god forståelse av bruk av statistikk for å forklare risiko og resultater og forståelse av det forvaltningsmessige systemet helsetjenesten er en del av.

Som vist tidligere kan pasientpreferanser være en driver til overforbruk. God kommunikasjon ligger til grunn når for eksempel en lege skal fraråde videre MR-utredning. Både grunnutdanningen og spesialiseringen av leger har søkelyset rettet mot god kommunikasjon med pasient og pårørende.

Det er imidlertid mindre søkelys på kommunikasjon mot befolkning og medier. Leger har et spesielt ansvar for å bidra til å skape realistiske forventninger og bruk av helsetjenestene ved å delta i den offentlige samtalen med informasjon og nyansering av ulike oppslag. Samfunnet må få bedre kunnskap om at medisinen ikke alltid gir entydige svar og at ressursene må brukes på diagnostikk og behandling som er til nytte.

Legeforeningen vil arbeide for

- å styrke bevisstheten om formidling av resultater og risiko på en måte som er forståelig og nøytral. Det innebærer eksempelvis at man fortrinnsvis skal informere om risiko i form av absolutt risiko i stedet for relativ risiko.
- at det settes av tilstrekkelig tid til kommunikasjon med pasientene.
- at refleksjon rundt variasjon og over- og underforbruk i helsetjenesten er en integrert del av helsetjenesten.

6.4. Gode faglige retningslinjer

Kvalitetssikrede faglige retningslinjer vil kunne redusere over- og underforbruk gjennom flere virkningsmekanismer. I tillegg til å gi beslutningsstøtte på hvilken diagnostikk som anbefales, vil det også være en hjelp for legen i å forklare for pasienten at det ikke skal tas ytterligere undersøkelser.

Retningslinjer bør være basert på forskning, men det er en tendens til kun å bruke biomedisinsk forskning på enkeltsykdommer som basis for retningslinjene. Man tar ikke hensyn til hvordan helse påvirkes av sosiale forhold og eksistensielle problemer knyttet til mening (meningstap), relasjoner, personlig historie og sosiokulturell kontekst. Retningslinjer som utarbeides kun på grunnlag av enkeltsykdommer og biomedisinsk forskning, vil dermed ikke nødvendigvis være den eneste eller rette behandlingen for pasienter.

Retningslinjer kan, og skal, fravikes i spesielle tilfeller og må ikke oppfattes som en fasit som passer for alle. En pasient med flere sykdommer kan kanskje ikke bruke anbefalt behandling for en av sykdommene fordi det vil forverre en annen sykdom etc.

En mangel ved mange av dagens retningslinjer er at de oftest er lagd kun for behandling i spesialisthelsetjenesten og ikke automatisk kan overføres til primærhelsetjenesten. Et eksempel er utredning av pasienter med magesmerter. I primærhelsetjenesten vil en stor del av magesmerter hos pasienter være forårsaket av angst eller andre mer uklare tilstander. På en poliklinikk i sykehus vil andelen med somatiske årsaker til magesmerter være betydelig større. Fastlegen og spesialisten vil derfor ha ulik tilnærming til videre utredning av pasienter med uklare magesmerter. For noen tilstander kan man lage retningslinjer i samarbeid mellom nivåene, for andre tilstander vil det være mest hensiktsmessig å ha ulike retningslinjer.

Legeforeningen vil arbeide for at

- faglige retningslinjer må ligge til grunn for valg av behandling. Retningslinjer er imidlertid et støtteverktøy og må ikke komme i veien for nødvendig tilpasset behandling.
- retningslinjer utformes slik at man forsøker å begrense skade ved diagnostikk og behandling, både ved å unngå at enkeltpasienter utsettes for skadelig overaktivitet og ved at omfanget av helsetjenesten holdes på et bærekraftig nivå.

6.5. Trygging av leger

Mange leger føler en forventning til at de skal gi pasienten mer behandling dersom ikke alle symptomer er forvunnet. I tillegg kan de være engstelige for kritikk eller sanksjoner fra mediene eller tilsynsmyndighetene. Spesielt kan dette være vanskelig for yngre leger under spesialisering. Det må arbeides for å trygge legene i deres avgjørelser om ikke å iverksette utredning og behandling som ikke er indisert. Slik trygging kan skje via støtte gjennom gode retningslinjer eller kollegabasert støtte. Like viktig er imidlertid en trygghet for at man har tillit til tilsynsmyndighetene i denne formen for praksis.

Legeforeningen vil arbeide

- for kollegastøtte som inkluderer å fraråde unødvendig utredning og behandling.
- for å styrke samarbeidet med tilsynsmyndighetene og arbeide for en felles forståelse av overdiagnostikk og overbehandling.
- inn mot tilsynsmyndighetene for å sikre mer likeverdig fylkesvis behandling av klagesaker.

LITTERATUR

- Album, D. (1991). [The prestige of diseases and medical specialties]. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 111(17), 2127–2133.
- Album, D., & Westin, S. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Soc Sci Med*, 66(1), 182–188. doi:10.1016/j.socscimed.2007.07.003
- Aronowitz, R. (2015). *Risky Medicine: Our Quest to Cure Fear and Uncertainty*. University of Chicago Press.
- Aronsson, G., Johansen, V., Marklund, S., Rønning, R., & Solheim, L. J. (2015). *Sjukfrånvarons dimensjoner*.
- Balteskard, L., Deraas, T., Førde, O. H., Magnus, T., Olsen, F., & Uleberg, B. (2015). *Dagkirurgi i Norge 2011–2013 – utvalgte inngrep*. Retrieved from
- Bringedal, B., & Osland, O. (2010). Primum non nocere? – Om overmot og varsomhet i helsetjenesten. *Nytt Norsk Tidsskrift*.
- Carter, S. M., Rogers, W., Heath, I., Degeling, C., Doust, J., & Barratt, A. (2015). The challenge of overdiagnosis begins with its definition. *Bmj*, 350, h869. doi:10.1136/bmj.h869
- Clench-Aas, J. (2007). Sosiodemografiske forskjeller i bruk og adgang til helsetjenester i Norge – en kunnskapsoppsummering (Socio-demographic differences in use and access to health services in Norway – a summary of current knowledge). Report: Oslo: The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (NOKC).
- Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of health and social behavior*, 46(1), 3–14.
- Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K. (2014). Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. *Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus*.
- Elstad, J. I. (1996). How large are the differences-really? Self-reported long-standing illness among working class and middle class men. *Sociology of Health & Illness*, 18(4), 475–498.
- Elstad, J. I. (2005). Sosioøkonomiske ulikheter i helse. *Teorier og forklaringer*.
- Elstad, J. I. (2013). Den grunnleggende årsaken til sosial ulikhet i helse *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling* (Vol. 43).
- Finnvold, J. E. (2009). *Likt for alle? Sosiale skilnader i bruk av helsetenester*. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/809/Likt-for-alle-sosiale-skilnader-i-bruk-av-helsetenester-IS-1738.pdf>
- Frich, J. C., & Fugelli, P. (2006). Forestillinger om sykdom – forventninger til helse. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 1.
- Furedi, A. (1999). Social consequences. The public health implications of the 1995 'pill scare'. *Human Reproduction Update*, 5(6), 621–626.
- Gigerenzer, G., Gaissmaier, W., Kurz-Milcke, E., Schwartz, L. M., & Woloshin, S. (2007). Helping doctors and patients make sense of health statistics. *Psychological science in the public interest*, 8(2), 53–96.
- Gjelsvik, R., Kaarboe, O., Haukland, H. H., Monsen, A.-L. B., & Sandberg, S. (2008). Riktigere bruk av laboratorie-tjenester--økonomiske aspekter. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 128(7), 814–817.
- Glover, J. A. (1938). The incidence of tonsillectomy in school children. *Indian Journal of Pediatrics*, 5(4), 252–258.
- Hansen, A. H., Halvorsen, P. A., Ringberg, U., & Førde, O. H. (2012). Socio-economic inequalities in health care utilisation in Norway: a population based cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, 12, 336–336. doi:10.1186/1472-6963-12-336
- Hart, J. T. (1971). The inverse care law. *The Lancet*, 297(7696), 405–412.
- Heath, I. (2014). Role of fear in overdiagnosis and overtreatment--an essay by Iona Heath. *Bmj*, 349, g6123. doi:10.1136/bmj.g6123
- Hofmann, B. M. (2015). Too much technology. *Bmj*, 350. doi:10.1136/bmj.h705
- Høye, S., & Hjortdahl, P. (2002). «Ny vidunderpille!» – hva skriver norske aviser om nye legemidler? *Tidsskr Nor Lægeforen*, nr. 17.
- Iden, K. R. (2015). Depresjon i sykehjem. Underdiagnostikk og overbehandling.
- Illich, I. (1976). Medical nemesis: The expropriation of health.
- Jenum, P. A., Soberg, P., Maal, H. B., & Flesland, O. (2005). PROFESJON OG SAMFUNN-Om helsetjenesten-Overrekvirering av laboratorie-analyser i medisinsk biokjemi. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 125(18), 2509–2511.
- Jorgensen, P., Langhammer, A., Krokstad, S., & Forsmo, S. (2015). Diagnostic labelling influences self-rated health. A prospective cohort study: the HUNT Study, Norway. *Fam Pract*, 32(5), 492–499. doi:10.1093/fampra/cmv065

- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the united states: Prevalence and predictors. *JAMA*, 281(6), 537-544. doi:10.1001/jama.281.6.537
- Etiske regler for leger, (1961).
- Legeforeningen. (2006). Den norske legeforenings lover. Retrieved from <https://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/dnlf-lover/den-norske-legeforenings-lover/>
- Lilletvedt, M. (2009). Medias omtale av legemidler – feilaktige og skremmende avisoverskrifter. *Farmatid*.
- Lysdahl, K., & Borretzen, I. (2007). Geographical variation in radiological services: a nationwide survey. *BMC Health Services Research*, 7(1), 21.
- Marmot, M. G., Altman, D. G., Cameron, D. A., Dewar, J. A., Thompson, S. G., Wilcox, M., & The Independent, U. K. P. o. B. C. S. (2013). The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review: A report jointly commissioned by Cancer Research UK and the Department of Health (England) October 2012. *British Journal of Cancer*, 108(11), 2205–2240. doi:10.1038/bjc.2013.177
- Moen, A. (2015). Det er stor forskjell i bruk av helse-tjenester til norske barn. *Aftenposten*. Retrieved from <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/Det-er-stor-forskjell-i-bruk-av-helsetjenester-til-norske-barn--Atle-Moen-8182503.html>
- Moen, A., Uleberg, B., Olsen, F., Steindal, A. H., Otterdal, P., Deraas, T., . . . Balteskard, L. (2015). *Barnehelseatlas for Norge*. Retrieved from
- Moynihn, R. (2003). The making of a disease: female sexual dysfunction. *Bmj*, 326(7379), 45–47. doi:10.1136/bmj.326.7379.45
- Ose, S. O., Dyrstad, K., Slettebak, R., Lippestad, J., Mandal, R., Brattlid, I., & Jensberg, H. (2013). *Evaluering av IA-avtalen (2010–2013)*. Retrieved from <http://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/rapport-evaluering-av-ia-avtalen-2010-13.pdf>
- Pickett, K., & Wilkinson, R. (2011). *The spirit level: Why greater equality makes societies stronger*: Tantor Media.
- Raknes, G., & Hunskaar, S. (2013). Geografisk avstand gir ulik bruk av legevakt. *Utposten*, 6–2013, 6–9.
- Roald, B. (2009). Sykdom *Store norske leksikon*.
- Schwartz, L. M., & Woloshin, S. (1998). Changing disease definitions: implications for disease prevalence. Analysis of the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994. *Effective clinical practice: ECP*, 2(2), 76–85.
- Skår, Å., Juvet, L., Smedslund, G., Bahu, M., Pedersen, R., & Fure, B. (2014). Livets slutfase-om å finne passende behandlingsnivå og behandlingsintensitet for alvorlig syke og døende. *Rapport fra Kunnskapssenteret*(18).
- Stoltenberg, C. (2015). Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge.
- Vangsnes, L.-E. (2015). Hvordan leger ikke ønsker å dø. *Tidsskr Nor Lægeforen*. doi:10.4045/tidsskr.15.0581
- Watt, G. (2002). The inverse care law today. *The Lancet*, 360(9328), 252–254.
- Welch, H. G., Schwartz, L., & Woloshin, S. (2011). *Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health*: Beacon Press.
- Wennberg, J. E. (2010). *Tracking Medicine - A researcher's quest to understand healthcare*: Oxford university press.
- WHO. (2006). Constitution of the World Health Organization.
- Østhus, S., Mäkelä, P., & Norström, T. (2016). *Sosial ulikhet i alkoholbruk og alkoholrelatert sykkelighet og dødelighet*. Retrieved from



Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo
Telefon: 23 10 90 00

Utgivelsesår: 2016
ISBN: 978-82-8070-201-2

www.legeforeningen.no