
Galt kan være rett

DEBATT

CATO KJÆRVIK

catokjarvik@gmail.com

Cato Kjærvik er spesialist i ortopedisk kirurgi, leder i Norsk Ortopedisk Forening og avdelingsoverlege på kirurgisk-ortopedisk avdeling, Nordlandssykehuset, Vesterålen.

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

KIRSTEN LUNDGREEN

Kirsten Lundgreen er spesialist i ortopedisk kirurgi, leder i Norsk forening for skulder- og albuekirurgi og overlege ved Lovisenberg Diakonale Sykehus.

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

Helseministeren har bedt norske ortopeder vurdere å slutte med enkelte inngrep. Vi mener vi først trenger en felles strategi for hvordan praksis skal vurderes.

Det er en offentlig diskusjon rundt nytten av forskjellige kirurgiske inngrep og fagmiljøenes evne og vilje til å ta inn over seg evidensbasert kunnskap om beste praksis (1). Bent Høie har blant annet bedt sykehusene vurdere å slutte med 17 forskjellige inngrep som oppfattes som unyttige (2). Vi hilser innspillet velkommen, men tenker at en liste etablert i samarbeid med ortopedisk fagmiljø kunne ha gjort listen mer nyansert. Kirurgi er på ingen måte førstevalg av behandling for mange tilstander. Det er alltid en rekke ikke-operative tiltak som skal forsøkes først. Disse vil ofte føre til at pasienten får god hjelp og ikke utsettes for den risiko kirurgi medfører.

Hva er så beste praksis?

Beste praksis må defineres ut fra evidensbasert kunnskap om behandling av de enkelte lidelser. I mediene er det oppmerksomhet rundt subakromialt smertesyndrom som blant annet kan behandles kirurgisk med subakromial dekompresjon/akromionreseksjon (1). Dette inngrepet står også på Bent Høies liste. Anbefalt retningslinje er å ikke vurdere operasjon før adekvat ikke-operativ behandling er prøvd i minst tre måneder (3). Dette er også anbefalingen fra Norsk forening for skulder- og albuekirurgi, en faggruppe i Norsk ortopedisk forening. Ved adekvat ikke-operativ behandling blir mange bra, men ikke alle. I den resterende gruppen må det gjøres en grundig klinisk revurdering av tilgrunnliggende problemstilling med tanke på indikasjon for annen intervensjon, inkludert kirurgi (4). Det vil fortsatt være mindre undergrupper som kan ha nytte av subakromial dekompresjon selv om inngrepet i randomiserte studier ikke synes å ha bedre effekt enn ikke-operativ behandling. Randomiserte studier er bygget opp for å avdekke generelle behandlingseffekter, og styrkeberegningen tillater ikke ekstrapolering til analyser av undergrupper (5). Beste praksis må også ta hensyn til de pasientgruppene som ikke når frem med førstelinjebehandling. Her må man også kunne vurdere kirurgi som et alternativ. Galt kan bli rett, når premissene endres. Dette må også kunne sies å være beste praksis.

«Beste praksis må også ta hensyn til de pasientgruppene som ikke når frem med førstelinjebehandling»

Hvordan måler man praksis?

Når man skal måle forbruk av forskjellige inngrep ved behandlingsinstitusjoner er man avhengig av tall fra Norsk pasientregister. Her rapporteres diagnose, bidiagnoser og prosedyrer. Det er kjent at det er mange feilkilder både ved koding, rapportering og evaluering av disse dataene. Prosedyrer kan havne i feil kategorier. I tillegg kombineres prosedyrer. Rapportering av prosedyrekoder i journalsystemet DIPS skjer i tilfeldig rekkefølge, det skilles ikke mellom hovedprosedyrer og tilleggsprosedyrer. For eksempel gjøres det ved sutur/reparasjon av rotatorcuffsener (NBL49) – hvis kirurgen finner det hensiktsmessig – en samtidig akromionreseksjon (NBK13). Her vil man i data fra Norsk pasientregister kunne finne at akromionreseksjon er utført, men det kommer ikke frem at reparasjonen er hovedinngrepet. Derfor må man ved innhenting av data ha kjennskap til inngrepet og rapporteringsverktøyene for datakvalitetssikring. Det som er faglig god praksis, kan bli målt som overforbruk av en unyttig prosedyre om man ikke kjenner til faget. Til informasjon utløser ikke akromionreseksjon ekstra finansiering når den er del av en annen skulderoperasjon.

I Aftenposten presenteres antall akromionreseksjoner angivelig gjort for subakromialt smertesyndrom i Norge (1). Data er innhentet fra Norsk pasientregister. Det er beklagelig at tallene som presenteres ikke gjelder denne pasientgruppen alene. Innhentede data differensierer ikke mellom inngrep hvor prosedyren er gjort alene og hvor den er gjort i kombinasjon med andre

prosedyrer. Informasjon fra flere ortopediske avdelinger tilsier at det presenterte volumet er opptil 40 ganger høyere enn reelt antall rene akromionreseksjoner ved enkelte sykehus.

Veien videre

Det ortopediske fagmiljøet ønsker gjerne kritisk vurdering av vår praksis. Vi arbeider kontinuerlig for å tilby pasientene likeverdig, god og kunnskapsbasert behandling. For å komme videre må vi først enes om hvordan tilgjengelige data skal brukes. Det er viktig at datamateriale ikke bare telles, men også tolkes i rett kontekst. Når tallene ikke stemmer med praksis, må man i samarbeid finne måter å tolke tallene på slik at de samsvarer med virkeligheten. Videre må vi legge en strategi for optimalisering av rapporteringen, slik at de tilgjengelige data gir svar på de spørsmål man har.

«For å komme videre må vi først enes om hvordan tilgjengelige data skal brukes»

Det finnes en rekke gode medisinske kvalitetsregistre. Det kan være en god start å se hvilke erfaringer de har for å sikre god oversikt over praksis. Norske ortopeder er og har vært lojale overfor registrene og har høy rapporteringsgrad. Dette vitner om sterkt faglig engasjement og ønske om kunnskap for å sikre beste praksis.

LITTERATUR

1. Dommerud T. Ekspertgruppe ber leger droppe den vanligste skulderoperasjonen i Norge. Bortkastet og uten effekt, advarer de. Aftenposten 17.2.2019.
https://www.aftenposten.no/norge/i/e1QLol/Ekspertgruppe-ber-leger-droppe-den-vanligste-skulderoperasjonen-i-Norge-Bortkastet-og-uten-effekt_-advarer-de2019 (12.4.2019).
2. Dommerud T, Skogstrøm L. Helseministeren ber sykehusene slutte med operasjoner som ikke har effekt. Aftenposten 14.1.2019.
<https://www.aftenposten.no/norge/i/VRnjk1/Helseministeren-ber-sykehusene-slutte-med-operasjoner-som-ikke-har-effekt> (12.4.2019).
3. Vandvik PO, Lähdeoja T, Ardern C et al. Subacromial decompression surgery for adults with shoulder pain: a clinical practice guideline. BMJ 2019; 364: l294. [PubMed][CrossRef]
4. Aresti NA, Di Mascio L. Subacromial decompression surgery for shoulder pain. BMJ 2019; 364: l586. [PubMed][CrossRef]
5. Robinson AHN, Johnson-Lynn SE, Humphrey JA et al. The challenges of translating the results of randomized controlled trials in orthopaedic surgery into clinical practice. Bone Joint J 2019; 101-B: 121–3. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 27. mai 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0269
Mottatt 1.4.2019, første revisjon innsendt 11.4.2019, godkjent 12.4.2019.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. mars 2026.