

Overdiagnostikk i hverdagen

■ MORTEN LAUDAL • Kommunelege i Vestby og leder i Norsk forening for allmennmedisin (NFA) sin referansegruppe mot overdiagnostikk

Overdiagnostikk har de siste årene i økende grad blitt ansett som en potensiell trussel for pasienten det gjelder. NFA har tatt utfordringene forbundet med overdiagnostikk på alvor og bokstavelig talt satt det på dagsorden.

Her følger begrepsforklaringer og kliniske eksempler på hvordan overdiagnostikk har sneket seg inn i vår medisinske hverdag. Med økt bevisstgjøring håper vi at flere og flere leger er seg sitt ansvar bevisst.

Definisjon og begrepsforståelse

Internasjonalt arbeides det ganske bredt for å motvirke overdiagnostikk. I Norge har Norsk forening for allmennmedisin tatt rollen som ledende aktør og prioritert arbeidet mot overdiagnostikk høyt i de seneste arbeidsprogrammer. Metodene er kurs, artikler og utarbeidelse av et policydokument, samt opprettelse av egen referansegruppe.

I policydokumentet har vi forsøkt å klassifisere fenomenet på en måte vi tror kan være lett å forstå. Her følger et forsøk på å vise hvordan vi alle bedriver eller lar oss rive med av overdiagnostikk i hverdagen.

En snever definisjon av begrepet *overdiagnostikk* er at en person, gjerne uten symptomer, får en diagnose som ikke er uttrykk for en reell sykdom hos denne personen og som dermed ikke kan omsettes til behandling som forebygger helseproblemer eller død. Denne definisjonen av overdiagnostikk er i tråd med den internasjonale litteraturen om *overdiagnosis*, jfr. BMJ 2015; 350:h869.

Men begrepet overdiagnostikk brukes på norsk ofte i en videre betydning for å beskrive ulike former for *medisinsk overaktivitet* eller *for mye medisin*. I dette inngår overbehandling og overutredning, det vil si undersøkelser og tester som med rimelig sikkerhet kan antas å være unødvendige selv om pasienten har symptomer. Overutredning øker faren for unødvendige eller feilaktige diagnoser og dermed også for unødvendig eller skadelig behandling. NFA har valgt å bruke vår norske forståelse og bruker begrepet overdiagnostikk i videre forstand enn det brukes i internasjonale (akademiske) sammenhenger.

Unngåelig overdiagnostikk

Det viktigste for oss allmennleger er kanskje den unngåelige overdiagnostikken. Den oppstår i situasjoner der gjeldende kunnskap og retningslinjer er klare og greie og gjør det mulig å handle rasjonelt og unngå overdiagnostikk, men der vi av forskjellige grunner velger å ikke følge verken kunnskap eller retningslinjer. Dette omtales noen ganger som dårlig praksis, eller *bad medicine* i internasjonal litteratur. Årsakene til slik atferd kan være mange. Ofte krever pasienten unødvendige undersøkelser, og det kan være mer besværlig å forklare hvorfor dette ikke bør gjøres, enn å rekvirere undersøkelsen og bli kvitt problemstillingen. Tidligere var vel røntgenundersøkelse av LS-columna ved ukomplisert lumbago et svært typisk eksempel. Pr. i dag vet de fleste at dette gir oss informasjon om pasientens alder, og sjelden noe mer. Dette har heldigvis dødd ut. Men tilsvarende MR-undersøkelse uten at det foreligger plan eller ønske om kirurgisk intervensjon er kanskje enda verre. Jeg tror mange av oss vil kjenne seg igjen her. Et hvert funn på en slik MR-undersøkelse vil bidra til at pasienten får et patologisk funn hengende ved seg som ellers ikke ville vært der, og uten at dette som regel vil være til noen nytte. Tilsvarende MR-undersøkelse av hodet på tynt grunnlag er kanskje enda verre: Tenk om vi fant et cerebralt aneurysme! Da har vi påført pasienten en risikotilstand som det er enda mer risikabelt å operere. Det er neppe en forbedring av pasientens situasjon, og absolutt ikke noe vedkommende har nytte av. Den «uskyldige» rekvisisjonen har gitt overdiagnostikk og resultert i økt lidelsestrykk.

U-unngåelig overdiagnostikk

Dette er vanskelig å oppdage fordi det ikke bryter med gjeldende retningslinjer, men oppstår fordi retningslinjene er defensive eller fordi sykdomsdefinisjonene er så omfattende at de inkluderer tilstander som aldri vil føre til helseskade for pasientene om de forblir uoppdaget. «Villscreening» for kreft kan være et eksempel på slik overdiagnostikk, som noen ganger fører til at man oppdager og behandler «kreftsvulster» uten at dette har positiv helseeffekt fordi svulstene i virkeligheten ikke er farlige. For høy aktivitet innen PSA-måling med påfølgende økning i unormale funn

og økning i uhensiktsmessige kirurgiske behandlinger uten dokumentert helsegevinst i form av redusert dødelighet av kreftformen, er muligens et av vår tids tydeligste eksempler.

Fortjenestedrevet overdiagnostikk

Fortjenestedrevet overdiagnostikk bygger ofte på kommersielt påvirket forskning, men privat helseforsikring kan også drive fram krav om unødvendige undersøkelser. Også ved negative eller falskt positive funn kan pasienter og andre bli styrket i troen på at de aktuelle undersøkelsene er nyttige. Privat behandlingsgaranti som sikrer operativ behandling av f.eks skuldersmerter med 14 dg ventetid, ville jeg tro kunne rubriseres her. Tidvis er jeg forskrekket over folk som kommer og «bare skal henvises». Det ligger etter mitt syn et ansvar på oss her. Jeg har opplevd en frisk og kraftig fyr som altså fikk kniven i skulderen kort tid etter symptomdebut uten traume og uten å ha fått anledning til å finne noe ut om spontanhelbredelsen. Arbeidsgiver som hadde tegnet forsikring var fornøyd fordi pasienten kom raskt tilbake i arbeid. Pasienten var fornøyd fordi han slapp å vente. Kirurgen tjente penger på fritiden og ingen reflekterer over at det hele kanskje var unødvendig og gir pasienten potensial for komplikasjoner senere. Apotekenes screeningkampanjer for å finne «risikoutsatte» individer er et annet eksempel. Det er nesten merkelig at dette ikke slås ned på. Det virker mistenkelig at de som tjener penger på å selge statiner, kan falby kolesteroltesting over disk. Dersom vi som leger hadde gjort dette, ville det vært ulovlig.

Det mest kjente internasjonale eksemplet på overdiagnostikk synes å være i hvert fall delvis fortjenestedrevet. Det stammer fra Sør-Korea, der private tilbydere med statlig finansiering driver omfattende nasjonal screening av befolkningen, blant annet for tyroideakreft. Forekomsten av kreft som er operert har økt eksponentielt til voldsomme tall, men dødeligheten av tyroideakreft er den samme. Laboratorier og kirurger tjener penger. Pasientene opplever seg helbredet for kreft, vil ha mer av det samme for sikkerhets skyld, og sirkuset fortsetter uten at noen får bedre helse eller lavere dødelighet, tvert imot. Selv om situasjonen og realitetene er erkjent også i Korea, evner ingen å stoppe prosessen. Overdiagnostikk kan bli epidemisk.

Sykdomsmakeri (disease mongering)

Her har vi en variant av fortjenestedrevet overdiagnostikk som betegner helse- og legemiddelindustriens tendens til å overdri-ve alvoret eller utbredelsen av mindre plager og normale livsprosesser. Sykdomsmakeri kan innebære at vanlige og ufarlige tilstander som skallethet gjøres til medisinske problemer. Det ligger som regel i sakens natur at det angivelig skal finnes medikamentell behandling som avbøter plagen. I andre tilfeller gjøres milde symptomer på for eksempel irritable tarm til medisinske problemer, eller det blir gitt ensidig biologiske forklaringer på fenomener som sosial fobi og depresjon. Alt kan lede til økt bruk av medikamenter, uten at det er lett å dokumentere særlig effekt. Men bivirkningene av medikamenter øker i takt med omsetningen.

Fryktdrevet overdiagnostikk

Angsten for sykdom er utbredt både blant leger, pasienter og helsemyndigheter. Vi er mer redd for unnlattelsefeil enn for overdrivelsesfeil. Det er påfallende hvor ofte overskriften i avisen er: «Legen fant ikke kreften». Urimelig mye sjeldnere ser vi overskrifter som: «Lege gitt advarsel for unødig grundig undersøkelse». Overdreven bruk av blodprøver eller andre undersøkelser i situasjoner der de foreliggende opplysningene og legens kliniske skjønn burde være tilstrekkelig til å håndtere helseproblemet, er et eksempel på fryktdrevet overdiagnostikk.

Et eksempel fra hverdagen: Ganske kjekt barn, fire år, med feber på 38,8 i noen dager kommer med engstelig mor. Undersøkelse viser ingen tegn til konkret sykdom. Allmenntilstanden god og barnet spiser og drikker. Vi avtaler å vente og se, men tar «for sikkerhets skyld» CRP på veien ut. CRP er 70. Her vil helt sikkert noen av oss ikke tørre å la være å behandle med antibiotika. Det er CRP og frykt vi da behandler, og dette kvalifiserer vel til overdiagnostikk av infeksjonssykdom. NFA har tatt til orde for at også overdiagnostikk bør være gjenstand for tilsyn.

Tilslørende overdiagnostikk

Tidvis blir sosiale problemer omskrevet til individuell sykdom. Slik overdiagnostikk ser vi blant annet når aktører i helse- og velferdstjenestene ber fastleger begrunne velferdsgoder med tilslørende sykdomsdiagnoser. På den måten kan personer som har opplevd eksistensielle vansker og krenkelser bli avspist med diagnoser, velferdsgoder og eventuelt tekniske tiltak. Typisk er det personer med dårlig eller vanskelig tilknytning til arbeidslivet som på denne måten blir marginalisert. Etter i noen tid å ha mislykkes i å få jobb, evt ved hjelp fra NAV, kan en diagnose som personlighetsforstyrrelse eller annet innen psykiatrispekteret, løse problemet og gi varig ytelse. Noen ganger kan dette være uheldig og forsterke pasientenes mestringsvikt. Andre ganger kan det selvsagt være riktig,

men feltet er diffust og det er rimelig grunn til å tro at dette er et reelt fenomen.

Noe lignende ser vi dersom empati overdrives til en form for sentimentalitet og ensidig anerkjennelse av pasienters mestringsproblemer. Råd om å unngå angstfremkallende situasjoner kan øke angstproblemene og funksjonsudyktigheten selv om det er velment. Symmelding og hvile som behandling for pasienter med uspesifikke smertetilstander eller energimangel kan representere «en skole» i hjelpeløshet og unngåelsesadferd som sjelden tjener pasienter på sikt. Igjen ser vi at det går en grense mellom fornuftig erkjennelse for avlastningsbehov og ufornuftig mangel på å stille krav til de samme pasientene.

Hvordan stoppe dette?

Vi håper at vi med vårt fokus på tema og med praksisnære eksempler, kan bidra til at interessen og forståelsen for temaet vil øke. Forventingene til oss som allmennleger er at vi tenker oss bedre om og gjør oss opp velbegrunnede meninger om indikasjon for det vi gjør. Dersom utviklingen går denne veien, er det vår overbevisning at noen helsekøer vil minke, noen vil unngå å få helsetjenestepåførte uhensiktsmessige diagnoser og behandlinger, og vi alle vil nyte godt av å kunne bruke flere av helse-resursene til nyttige formål.

■ M-LAUD@ONLINE.NO