

Overdiagnostikk – norske allmennleger viser vei

Norsk forening for allmennmedisins strategidokument om overdiagnostikk er det første i sitt slag vedtatt av en nasjonal fagmedisinsk forening. Det representerer en milepæl i norsk fagkritisk medisinsk historie. Dokumentet munner ut i en utfordring til medisinske miljøer, helsemyndigheter, politikere og offentlighet.

Gisle Roksend

gisle.roksund@gmail.com

John Brodersen

Georg Espolin Johnson

Stefán Hjörleifsson

Morten Laudal

Elisabeth Swensen

Helsevesenets ressurser og teknologi gir store muligheter til å forebygge og behandle sykdom. Brukt feil kan de samme ressursene skape sykdom og føre til redusert livskvalitet. Deler av medisinen i den vestlige verden ekspanderer på måter som ikke fremmer helse og som fører til unødvendig ressursbruk og i verste fall skade.

Norsk forening for allmennmedisin har nylig publisert et strategidokument om overdiagnostikk og relatert medisinsk overaktivitet (1). Også ledende internasjonale medisinske tidsskrifter og fagforeninger har satt disse problemstillingene på dagsordenen. Mest kjent er artikkelseriene og kampanjene *Too much medicine* i *BMJ*, *Less is more* i *Journal of the American Medical Association* og *Choosing Wisely*. Sistnevnte er en amerikansk kampanje som ble initiert av American Board of Internal Medicine i 2012. Den er rettet mot pasienter og forbrukere, og hensikten er å redusere unødvendig bruk av helsetjenester og unngå risiko assosiert med unødvendig behandling. Denne kampanjen har spredt seg til et titall vestlige land (2), og den har stor oppslutning fra faglig hold i USA og Canada. En lignende kampanje er lansert i Storbritannia i 2016 av Academy of Medical Royal Colleges (3).

I Norge har det vært økende oppmerksomhet omkring ulikheter i behandlingsregimer uten faglige begrunnelser (4). Helsedirektoratet har kommet med en utredning om emnet (5), og Legeforeningen har laget en rapport om variasjon, over- og underforbruk i helsetjenesten (6).

Allmennlegene tidlig ute

Norske allmennleger var tidlig ute med å peke på den moderne vestlige medisins

stadig økende oppmerksomhet omkring risiko for fremtidig sykdom. Allerede i 1980-årene satte Jostein Holmen gjennom sitt doktorarbeid prinsipielle spørsmål om blodtrykksbehandling på dagsordenen (7), og han brakte begrepet «det medisinsk-industrielle kompleks» inn i norsk debatt (8). Det daværende Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) utviklet et prosjekt der temaet var identifisering og behandling av risikofaktorer hos friske. Det resulterte blant annet i boken *Diagnose: Risiko* i 2000 (9). Senere har spesielt det allmennmedisinske akademiske miljøet i Trondheim gitt ut en rekke forskningsartikler om emnet (10). Norsk forening for allmennmedisin (NFA) ga i 2011 ut et strategidokument om forebyggende helsearbeid (11) som har fått internasjonal oppmerksomhet.

«Livet er et usikkert prosjekt uten garanti for lykke og helse»

Allmennlegenes engasjement er ingen tilfeldighet. De arbeider tett på befolkningen – i spennet mellom vitenskap og samfunn og mellom sykdom og normalitet. Samtidig som de skal oppdage og behandle sykdom så tidlig som mulig, ser de hvordan økende medikalisering ligger bak problematiske tendenser i befolkningen, hos politikere og i det medisinske fagmiljøet. En av disse er overdiagnostikk.

Som ledd i et målrettet arbeid for å skape refleksjon i fagmiljøet omkring overdiagnostikk opprettet Norsk forening for allmennmedisin i januar 2015 en referansegruppe. Man så blant annet et behov for å oppsummere argumenter som våre kolleger kan bruke i møte med ønsker om tjenester med tvilsom nytte fra så vel pasienter som politikere og medier.

Temaet er sammensatt, og allmennlegene står selv for betydelig medisinsk overaktivitet. Men nettopp dette er det beste argumentet for å arbeide videre frem mot klare,

velbegrunnede og mest mulig omforente synspunkter. I gjeldende arbeidsprogram (12) har Norsk forening for allmennmedisin vedtatt å utvikle og promotere strategidokumentet om overdiagnostikk og relatert overaktivitet i samarbeid med referansegruppen, å samarbeide med andre fagmiljøer og å bidra til Legeforeningens arbeid med temaet.

Strategidokumentet ble vedtatt i Norsk forening for allmennmedisins styremøte i april 2016 og presentert på foreningens årsmøte i mai 2016. Et utkast ble presentert og diskutert på konferansen *Preventing Overdiagnosis* i Washington D.C. høsten 2015 og i juni 2016 på Wonca Europe-konferansen i København. Dokumentet er oversatt til engelsk, og i et nordisk ledermøte i Helsingfors i august i år vedtok samtlige nordiske allmennmedisinske fagmedisinske foreninger og allmennlegeforeninger dokumentet som gjeldende strategi på området.

Strategidokumentet – begreper, eksempler og utfordringer

Dokumentet definerer og beskriver overdiagnostikk og beslektede begreper som medisinsk overaktivitet, for mye medisin, overbehandling, overutredning og utvidelse av sykdomsdefinisjoner.

De kliniske eksemplene er mange. Vanlige og ufarlige tilstander, som for eksempel skallethet og milde symptomer på irritabel tarm, gjøres til medisinske problemer.

Villscreening for kreft kan føre til at man oppdager og behandler «kreftsvulster» uten at disse i virkeligheten er farlige. En randomisert studie med en oppfølgingstid på 13 år viste at ved måling av prostata-spesifikt antigen (PSA) måtte i beste fall 781 menn inviteres til screening for å unngå ett dødsfall som følge av prostatakreft. Den samme studien viste også at for å forhindre ett dødsfall måtte 27 menn bli overdiagnostisert med diagnosen prostatakreft (13). En Cochrane-metaanalyse av fire randomiserte studier (14) viser at man i verste fall ikke ser noen reduksjon i dødelighet av prostatakreft – insidensen av kreftdiagnose øker med ca. 70 %, mens totaldødeligheten uansett ikke påvirkes.

Screening av befolkningen i Sør-Korea for thyreoideakreft er et betegnende eksempel på hva vi står overfor. Fra 1993 til 2011 ble insidensen av denne kreftypen femten-doblet i landet, mens dødeligheten var uendret (15). Tilsvarende ser vi i mange land en betydelig økning i insidens av nyrekreft, prostatakreft, brystkreft og maligne melanomer – uten tilsvarende økning i dødeligheten. Mye tyder på at vi står overfor en betydelig overdiagnostikk av disse tilstandene også i Norge (16).

Mer finurlig kan sosiale problemer defineres som sykdom for å utløse trykdeytelser. Endringer i intervensjons- og målverdier for ulike risikofaktorer samt endret definisjon av kroniske sykdommer er også aktuelle eksempler. Det er en uklar grense mellom hva som defineres som risikotilstand og hva som defineres som sykdom (17).

Ikke alt som kan gjøres, skal gjøres

Den viktigste grunnen til å unngå overdiagnostikk er at det kan skade. Men også unyttige tiltak som ikke er direkte skadelige bør unngås på grunn av uheldige økonomiske konsekvenser for både samfunn og pasient.

Overdiagnostikk kan også indirekte bidra til underdiagnostikk ved at begrensede ressurser går til overdreven utredning og sykeliggjøring istedenfor til aktiviteter som kunne gitt bedre uttelling. Dette kan være med på å opprettholde og forsterke sosial urettferdighet. Godt prioriteringsarbeid innebærer blant annet å luke ut unyttige og skadelige tiltak, slik at ressursene kan brukes på det som er nyttig.

Vi mener at leger generelt har behov for økt kompetanse om uheldige effekter av utredning og behandling. Legens informasjon til pasienten om risiko, behandling og forebygging må være nøktern og vektlegge mulige skadevirkninger og nytte like mye.

Drivkrefter

Overdiagnostikk og overbehandling drives frem av mange ulike krefter. Å styrke det forebyggende arbeidet og sette i verk tiltak tidlig for å unngå at mennesker utvikler sykdom eller komplikasjoner til sykdom har vært sentrale helsepolitiske mål i lang tid – blant annet i samhandlingsreformen. Tidlig oppdagelse og tidlig intervensjon virker intuitivt ønskelig, men det øker samtidig risikoen for unødvendig utredning og behandling (16).

Det kan lede til det vi kan kalle et popularitetsparadoks (18): Oppdagelse og behandling av ukjente og symptomfrie, men i virkeligheten ufarlige svulster gir pasienten en opplevelse av å være reddet av helsevesenet – til tross for at man egentlig er påført en sykdom som uoppdaget aldri ville gitt sym-

ptomer eller død. Dette frembringer såkalte overlevelshistorier, som igjen kan føre til lavere terskel for screening for ulike tilstander og dermed til enda mer overdiagnostikk og overbehandling.

Leger er gjerne ambisiøse i sin fagutøvelse og har store krav til perfektjon. Bekymring for ikke å oppdage en potensielt alvorlig lidelse tidlig nok og for å komme i mediene

«Når helse gjøres til en vare i et marked med gode profittmuligheter, er risikoen stor for at slutteffekten blir mindre helse for mer penger»

og tilsynsmyndighetenes søkelys medvirker til en «for-sikkerhets-skyld-medisin» med lav terskel for videre utredninger.

Den teknologiske utviklingen er en viktig bidragsyter til vår tilbøyelighet til overdreven utredning og tenderer til å utvide vår forståelse av sykdom og øke tiltroen til teknologisk støttet individrettet forebyggende aktivitet (19).

Kommersielle medisinske aktører tilbyr helsesjekker og undersøkelser som verken er indisert eller er vist å gi positiv effekt, men som derimot kan bidra til unødvendige utredninger og intervensjoner (20).

Hva bør gjøres?

Myndighetene bør ta et oppgjør med myten om at tidlig diagnostikk er et udelt gode. Det må erkjennes at bestrebelse på å unngå alle tilfeller av falskt negative funn øker forekomsten av falskt positive. Alle retningslinjer og veiledere for helsetjenesten bør inneholde et eget avsnitt der det reflekteres over mulige skadeeffekter ved de anbefalinger som gis, enten det dreier seg om diagnostikk og behandling eller om tiltak på gruppenivå. Politiske ambisjoner og lansering av begreper som «pasientens helsetjeneste» må ikke tolkes som at pasientene skal bestemme utredning og behandling.

Myndighetene bør utvikle indikatorer for overdiagnostikk og overbehandling og bør gjøre overdrivelsesfeil til tema for tilsyn på linje med andre feil. Ved innføring av nye screeningprogrammer må man vurdere potensiell nytte opp mot potensiell skade. Vi er ikke trygge på at det gjøres i dag (21, 22).

All helseopplysning og informasjon om helsetjenester, inkludert screening og annen forebygging, bør ta høyde for at livet er et usikkert prosjekt uten garanti for lykke og helse og at alle medisinske tiltak har bivirkninger og begrensninger. Leger og myndigheter bør aktivt problematisere at når helse gjøres til en vare i et marked med gode profittmuligheter, er risikoen stor for at slutteffekten blir mindre helse for mer penger. Man bør vurdere å stille strengere krav til kommersielle aktører om å unngå overdiagnostikk og overbehandling. Koblingene mellom sykdomsdiagnoser og velferdsgoder bør også debatteres.

En tapt sak?

Kanskje vil noen hevde at kampen mot overdiagnostikk er tapt. Vi vil imidlertid peke på at det også finnes positive utviklingstrekk. Allmennleger opplever for eksempel i dag mindre etterspørsel etter antibiotika ved ørebetennelser hos barn enn tidligere, sannsynligvis som følge av økt informasjon om skadevirkningene av antibiotikabruk.

Ortopedene antas å ta til følge nyere funn om stor variasjon i forekomst av ulike operasjoner (4) og studier som indikerer at mange av operasjonene som utføres er unødvendige, som for eksempel ved meniskskade (23, 24).

På Legeforeningens landsstyremøte i mai 2016 ble foreningens foreløpige rapport om over- og underforbruk av helsetjenester, *For mye, for lite eller akkurat passe* (6), diskutert. Bare ett år tidligere var dette et kontroversielt tema, men i år ønsket landsstyret rapporten velkommen og ville ha en tydeligere omtale av hvordan kommersialisering av medisinen driver frem overdiagnostikk. Landsstyret ønsket også at forslagene til hvordan Legeforeningen kan motvirke dette skal gjøres tydeligere.

Dette viser at arbeidet har båret frukter. Også blant sentrale helsepolitikere debatteres nå overdiagnostikk og overbehandling.

Gisle Roksund (f. 1951)

er spesialist i allmennmedisin. Han var leder i Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) i perioden 2003–06, leder i Norsk forening for allmennmedisin (NFA) i 2007–11, er leder i Nordic Federation of General Practice fra 2011, medlem NFAs referansegruppe mot overdiagnostikk og medforfatter av policydokumentet om overdiagnostikk. Han er fastlege i Skien. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

John Brodersen (f. 1963)

er ph.d., spesiallege i allmennmedisin og professor ved Københavns Universitet og i Region Sjælland. Han er medlem av den vitenskapelige komité Preventing Overdiagnosis, assosiert medlem NFAs referansegruppe mot overdiagnostikk og medforfatter av policydokumentet om overdiagnostikk.

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

Georg Espolin Johnson (f. 1953)

er cand.med. og cand.philol., veileder for rådgivende leger i Nav, medlem NFAs referansegruppe mot overdiagnostikk og medforfatter policydokumentet om overdiagnostikk.

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

Stefán Hjörleifsson (f. 1969)

er spesialist i allmennmedisin, førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen, styremedlem i NFA, medlem NFAs referansegruppe mot overdiagnostikk og veileder for et forskningsprosjekt om overdiagnostikk i norsk allmennpraksis. Prosjektet har fått økonomisk støtte fra Allmennmedisinsk forskningsfond. Han er medforfatter av policydokumentet om overdiagnostikk og fastlege i Bergen.

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

Morten Laudal (f. 1953)

spesialist i allmennmedisin, var styremedlem i NFA i perioden 2007–15, leder NFAs referansegruppe mot overdiagnostikk og medforfatter av policydokumentet om overdiagnostikk. Han er fastlege i Son og kommuneoverlege i Vestby. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Elisabeth Swensen (f. 1951)

er spesialist i allmennmedisin, medlem av NFAs referansegruppe mot overdiagnostikk og medforfatter av policydokumentet mot overdiagnostikk. Hun er fastlege og kommuneoverlege i Seljord.

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

Litteratur

1. Policydokument om overdiagnostikk. Oslo: Norsk forening for allmennmedisin, 2016. <http://legeforeningen.no/PageFiles/253324/Policydokument%20overdiagnostikk.pdf> [6.10.2016].
2. Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS et al. 'Choosing Wisely': a growing international campaign. *BMJ Qual Saf* 2015; 24: 167–74.
3. Malhotra A, Maughan D, Ansell J et al. Choosing Wisely in the UK: the Academy of Medical Royal Colleges' initiative to reduce the harms of too much medicine. *BMJ* 2015; 350: h2308.
4. Helseatlas. <http://www.helseatlas.no/> [6.10.2016].
5. Overdiagnostikk og overbehandling. Oslo: Helse direktoratet, 2013.
6. For mye, for lite eller akkurat passe? Om variasjon, over- og underforbruk av helsetjenesten. Oslo: Legeföreningen, 2016.
7. Holmen J. Blodtrykkspasienten, legen og samfunnet. Verdal: Seksjon for helsetjenesteforskning, Senter for samfunnsmedisinsk forskning, 1992.
8. Holmen J. Medikamentell risikointervensjon – en omsorgsteknologi i krise? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 465–9.
9. Swensen E. red. Diagnose: Risiko. Oslo: Universitetsforlaget, 2000.
10. Getz L, Luise Kirkengen A, Hetlevik I. Too much doing and too little thinking in medical science! *Scand J Prim Health Care* 2008; 26: 65–6.
11. Policydokument om forebyggende helsearbeid. Oslo: Norsk forening for allmennmedisin, 2011. <http://legeforeningen.no/PageFiles/27372/120604%20Policydok%20forebyggende.pdf> [6.10.2016].
12. Arbeidsprogram for Norsk forening for allmennmedisin 2015–2017. <http://legeforeningen.no/Global/Fagmedisinske%20foreninger/>

Norsk%20forening%20for%20allmennmedisin/Arbeidsprogram%20for%20Norsk%20forening%20for%20allmennmedisin%202015.pdf [6.10.2016].

13. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *Lancet* 2014; 384: 2027–35.
14. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M et al. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 1: CD004720.
15. Ahn HS, Kim HJ, Welch HG. Korea's thyroid-cancer «epidemic» – screening and overdiagnosis. *N Engl J Med* 2014; 371: 1765–7.
16. Kalager M, Adami H-O, Bretthauer M. Too much mammography. *BMJ* 2014; 348: g1403.
17. Starfield B, Hyde J, Gérvas J et al. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health* 2008; 62: 580–3.
18. Raffle AE, Gray J. Screening: Evidence and Practice. Oxford: Oxford University Press, 2007.
19. Hofmann BM. Too much technology. *BMJ* 2015; 350: h705.
20. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ, Krogsbøll LT. General health checks don't work. *BMJ* 2014; 348: g3680.
21. PsykNytt. Fødselsdepresjon: Samme forskningsgrunnlag, ulike anbefalinger (kommentarartikkel). Oslo: Helsebiblioteket, 2013. <https://psyknyheter.wordpress.com/2013/10/14/fodselsdepresjon-samme-forskningsgrunnlag-ulike-anbefalinger-kommentarartikkel/> [6.10.2016].
22. Høringsutkast. Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes. Helse direktoratet 2016. <https://helsedirektoratet.no/horinger/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsdiabetes> [6.10.2016].
23. Kise NJ, Risberg MA, Stensrud S et al. Exercise therapy versus arthroscopic partial meniscectomy for degenerative meniscal tear in middle aged patients: randomised controlled trial with two year follow-up. *BMJ* 2016; 354: i3740.
24. Herrlin SV, Wange PO, Lapidus G et al. Is arthroscopic surgery beneficial in treating non-traumatic, degenerative medial meniscal tears? A five year follow-up. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2013; 21: 358–64.

Mottatt 28.6. 2016, første revisjon innsendt 19.9. 2016, godkjent 26.10. 2016. Redaktør: Lars Frich.