



Policydokument - Overdiagnostikk og relatert medisinsk overaktivitet

Tilliten til den medisinske profesjonen avhenger av at legene ivaretar den grunnleggende etiske forpliktelsen til ikke å gjøre skade. Men deler av medisinen ekspanderer nå på måter som ikke fremmer helse, og som medfører unødvendig ressursbruk og i verste fall skade. Ledende medisinske tidsskrift og fagforeninger har satt disse overdrivelsene på dagsorden, jfr. «Too much medicine» i *British Medical Journal*, «Less is more» i *Journal of the American Medical Association* og kampanjen «Choosing Wisely» i bl.a. USA, Canada og Storbritannia.

Helseangst er utbredt, pasientrettigheter styrkes og spesialisthelsetjenesten rår over stadig flere muligheter for utredning og behandling. I denne situasjonen er allmenntmedisinsk generalistkompetanse avgjørende for en god helsetjeneste. Derfor vil NFA styrke allmennlegenes evne til å utvise faglig dømmekraft i egen praksis i møte med kunnskapsleverandører og oppdragsgivere. NFA ønsker å sette overdiagnostikk på dagsorden hos egne medlemmer, andre leger, helsemyndigheter, media og allmennheten for å stimulere til samfunnsdebatt og bidra til riktigere bruk av helsevesenets ressurser.

- Overdiagnostikk er skadelig for folkehelse og enkeltpasienter.
- Overdiagnostikk drives frem av en forestilling om at leger alltid skal kunne oppdage eller forebygge alvorlig sykdom på et tidlig stadium, men også av overdreven tiltro til teknologi og individrettet forebygging, samt av profittmotiver.
- Det er viktig at allmennleger bidrar til å begrense overdiagnostikk, ettersom allmennlegene både er portvakter og koordinatører for mange av helsetjenestene.
- Leger og myndigheter bør gjøre det klart at ikke all sykdom kan forebygges eller oppdages umiddelbart, selv der helsetjenestene er meget gode.

DEFINISJONER OG EKSEMPLER

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.

En særskilt form for overaktivitet skyldes *utvidelse av sykdomsdefinisjoner* som fører til at friske mennesker sykeliggjøres ved at de får diagnoser de ikke er tjent med eller at sosiale problemer tilsløres ved at følgene defineres som sykdom.

De følgende eksemplene illustrerer ulike typer overaktivitet og drivkreftene bak disse, uten å være et forsøk på entydige definisjoner. Grensene mellom uheldig overaktivitet og nyttige medisinske tiltak kan i mange tilfeller være uklare, og årsakene til overaktivitet er ofte sammensatte.

1. Unngåelig overdiagnostikk oppstår i situasjoner der gjeldende kunnskap og retningslinjer i prinsippet gjør det mulig å unngå overdiagnostikk, men der denne kunnskapen og retningslinjene ikke blir fulgt i praksis. Dette omtales noen ganger som dårlig praksis, eller *bad medicine* i internasjonal litteratur. Billedundersøkelser som utføres uten faglig indikasjon er et eksempel på unngåelig overdiagnostikk, og noen ganger påvises «tilfeldige funn» som kan føre til forvirring, bekymringer og overbehandling.

2. U-unngåelig overdiagnostikk er vanskelig å oppdage fordi den 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.

3. Fortjenestedrevet overdiagnostikk bygger ofte på kommersielt påvirket forskning, men privat helseforsikring kan også drive fram krav om unødvendige undersøkelser. Også ved negative eller falske positive funn kan pasienter og andre bli styrket i troen på at de aktuelle undersøkelsene er nyttige. Unødvendige utredninger av selvbegrensede symptomer som følge av private helseforsikringer og apotekenes screeningkampanjer for å finne «risikoutsatte» individer er eksempler på denne typen overdiagnostikk.

4. Sykdomsmakeri (*disease mongering*) er en variant av fortjenestedrevet overdiagnostikk og betegner helse- og legemiddelindustriens tendens til å overdrive alvorret eller utbredelsen av mindre plager og normale livsprosesser. Sykdomsmakeri kan innebære at vanlige og ufarlige tilstander som skallethet gjøres til medisinske problemer. I andre tilfeller gjøres milde symptomer på for eksempel irritabel tarm til medisinske problemer, eller det blir gitt ensidig biologiske forklaringer på fenomener som sosial fobi og depresjon.

5. Fryktrevet overdiagnostikk er sannsynligvis meget vanlig ettersom angsten for sykdom er utbredt både blant leger, pasienter og helsemyndigheter, og fordi man er mer redd for unnlattelsesfeil enn for overdrivelsesfeil. 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 fryktrevet overdiagnostikk.

6. Tilslørende overdiagnostikk medfører at sosiale problemer omskrives 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. Noen ganger kan dette være uheldig og forsterke pasientenes mestringsvikt.

IKKE ALT SOM KAN GJØRES SKAL GJØRES – IKKE ALT SOM VIRKER ER NYTTIG

Overdiagnostikk drives av en forestilling om at leger alltid skal kunne oppdage eller forebygge alvorlig sykdom. Denne forestillingen har store omkostninger både når det gjelder forebygging av sykdom hos personer uten symptomer og når det gjelder tidlig påvisning av sykdom.

Screening og forebyggende behandling er nyttig i noen tilfeller. Men i andre tilfeller påføres et stort antall mennesker unødvendige diagnoser og behandling, med til dels betydelige skadevirkninger. Mange vil ha en bedre prognose uten slike tiltak.

Allmennleger må utføre målrettet diagnostikk og behandling i populasjoner der milde symptomer som regel skyldes ufarlige og forbigående sykdommer, men der det likevel er om å gjøre å finne de pasientene som er alvorlig syke. Ettersom det tidlig i et sykdomsforløp ofte er umulig å forutsi om symptomene vil utvikle seg til alvorlig sykdom eller ikke må allmennlegene utføre trinnvise utredninger der de forsøker å begrense omfanget av overdrivelsesfeil, så vel som unnlattelsesfeil.

Når pasientenes plager har sosiale og eksistensielle årsaker gir tillitsforholdet mellom pasientene og fastlegene gode betingelser for at fastlegene kan styrke pasientenes mestringsevne. Men dersom man forsøker å håndtere problemer knyttet til ensomhet, manglende sosial mestring og tap av mening kun med biomedisinsk kunnskap, forskusles denne muligheten og pasientene kan bli utsatt for skadelig overdiagnostikk.

OVERDIAGNOSTIKK OG PRIORITERING

Den viktigste grunnen til å unngå overdiagnostikk er at den kan skade. Men også unyttige tiltak som ikke er direkte skadelige bør unngås, fordi det vil medføre økning i helseøkonomiske utgifter. Ettersom ressursene er begrensede kan overdiagnostikk indirekte bidra til feilfordeling av ressurser og underdiagnostikk: Mens en del mennesker gjennomgår overdrevne utredninger og sykkeliggjøres, får andre grupper for lite hjelp. Godt prioriteringsarbeid innebærer blant annet å luke ut unyttige og skadelige tiltak, slik at ressursene kan fordeles på de tiltakene som er nyttige.

MEDISINSK PRAKSIS OG FORSKNING

- Legers faglige kunnskap og autoritet til å unngå utredninger og behandling utover det som er faglig indisert må styrkes.
- Allmennt medisinsk kompetanse må inkluderes når beslutninger om kliniske grenseverdier og kriterier til bruk i primærhelsetjenesten skal fattes.
- Legers språkbruk om risiko og forebygging må være nøktern. Man bør blant annet være forsiktig med omtalen av tilstander som ikke sikkert vil utvikle seg til farlig sykdom selv om de virker å være patologiske eller til og med ondartede.
- Forskning og kunnskapsformidling må fokusere like mye på mulige skadevirkninger som nytten av medisinske tiltak.

SENTRAL HELSEFORVALTNING

- Myndighetene bør ta et oppgjør med myten om at tidlig diagnostikk og forebygging er et udelt gode, og de bør erkjenne at bestrebelser på å unngå alle tilfeller av falske negative funn fører til at forekomsten av falske positive funn øker.
- Alle retningslinjer for helsetjenestene bør utformes slik at man forsøker å unngå skade ved diagnostikk og behandling.

- Myndighetene bør utvikle indikatorer for overdiagnostikk og overbehandling, og de bør gjøre overdrivelsesfeil til tema for tilsyn på linje med andre feil.

OFFENTLIGHETEN

- All helseopplysning og informasjon om helsetjenestene, inkludert screening og annen forebygging, bør ta høyde for at livet er et usikkert prosjekt og for at alle medisinske tiltak har bivirkninger og begrensninger.
- Leger og myndigheter bør aktivt stimulere til debatt om hvilke følger det har å gjøre helse til en vare som ulike aktører forsøker å profitere på.
- Koblingene mellom sykdomsdiagnoser og velferdsgoder bør debatteres.



Petter Brelin

Leder, NFA