

Overdiagnostikk og overbehandling

Bakteppe

Innenfor helsetjenesten har det i den senere tid blitt et økt fokus på mulig feilbruk av ressurser. Dette kommer til uttrykk gjennom aktivitet fra tjenesteytere og myndigheter og en økende publisering i toneangivende tidsskrifter (British Medical Journal, JAMA m.fl.).

Leserinnlegg og lederartikler har slående ingresser som:

- «Waste and harm in the treatment of mild hypertension» (Iona Heath)
- “How to stop harming the healthy” (Ray Moynihan)
- “How less health care can result in better health” (D Grady & RF Redberg)
- «Overdiagnosis. Making people sick in the pursuit of health» (HG Welch 2011)
- Det forberedes en stor internasjonal kongress «Preventing overdiagnosis» (2013)

I den alminnelige debatt om helsetjenestens ytelser er det vanskeligere å finne spor av fenomenet overdiagnostikk og overbehandling. Dette dreier seg i stor grad om hvordan samfunnet og det enkelte individ ser utfordringene på ulik måte, og dels om selve den mediestyrted dramaturgien, der det er viktig for historien å ha et «offer» å knytte til en sak (dvs en pasient som ikke har fått tilstrekkelige tjenester). Det er også en vanskelig dobbeltkommunikasjon knyttet til sammenblandingen mellom betydningen av tidlig diagnostikk og generelle råd om helsefremmende adferd.

Helsevesenet representerer en trygghet hos befolkningen. Det tilbyr ritualer og forventninger. Det representerer utvikling og fremskritt og er symboler på velferdssamfunnet. Å hevde at institusjoner som symboliserer goder, skulle tilby oss for mye – og kanskje skadelige – tjenester, virker selvmotsigende. Overdiagnostikk får derfor sjelden oppmerksomhet i den alminnelige debatten.

Folkehelsemeldingen 2013 omtaler tidlig diagnostikk som ett av tre elementer i det forbyggende arbeidet. Dette er imidlertid ikke drøftet i teksten når det gjelder laboratorie- eller rtg-diagnostikk. Meldingen er også tydelig på styrker og betenkeligheter ved befolkningsrettet screening.

Definisjoner

John Weinberg deler helsetjenester i tre kategorier:

- Nødvendige helsetjenester
 - Dokumentert effekt med liten eller ingen uenighet om indikasjoner
 - Eks. lårhalsbrudd, operasjon for tykktarmskreft
 - Utfordring: mulig underforbruk
- Preferansesensitive helsetjenester
 - Tilstander der det er flere behandlingsalternativer
 - Eks mamma-screening, PSA-screening
 - Utfordring: pasientpreferanse og pasient og behandlers manglende kunnskap
- Tilbudssensitive helsetjenester
 - Gjelder ikke spesifikke tilbud, men frekvensen tjenestene blir tilbudt i
 - Eks. henvisninger, kontroller, rtg, lab, innleggelse

- Viser store variasjoner mellom geografiske områder
- Utfordring: tilbudsstyring og kunnskapsbasert praksis

I denne rapporten tar vi utgangspunkt i gruppene av preferansesensitive og tilbudssensitive tjenester

Overdiagnostikk

Problemene med å formulere en allmenngyldig definisjon av *overdiagnostikk* er flere. Dels fordi begrepet som oftest har ganske forskjellig mening for den som antas rammet og for samfunnet, dels fordi overdiagnostikk er nært relatert til andre begrep som overutredning og screening.

Individuelt aspekt: overdiagnostikk oppleves sjelden som noe negativt av den enkelte. Tvert om; pasienten er i de fleste tilfelle takknemlig for at en antatt sykdom ble oppdaget tidlig. Like viktig er det at etter som diagnostikk vanligvis fører til behandling, vil ikke den enkelte få innsikt i hva som ville hendt dersom legen avsto fra å anbefale et inngrep eller en medikamentell behandling. Pasienten mangler tilgang til den kontrafaktiske hendelsen.

Samfunnsaspekt: Overdiagnostikk kommer til syne ved gransking av større helseprogrammer og med det den nære relasjonen overdiagnostikk har til *screening*. Welch understreker at «Overdiagnosis is a consequence of the enthusiasm for early diagnosis». Paradoksalt nok er det derfor samfunnets ønske om ikke misbruke ressurser til unødig utredning som står sentralt i debatten om overdiagnostikk og ikke klager fra feilbehandlede pasienter.

I denne rapporten har vi valgt å definere overdiagnostikk som «*diagnostikk av en tilstand som ikke har gitt symptomer og som heller ikke vil komme til å gi symptomer eller forkorte livet*».

Denne definisjonen har noen fordeler og noen svakheter. Den skiller mellom overdiagnostikk og feildiagnostikk. Ved overdiagnostikk er det en reell tilstand med tilhørende kriterier som påvises. Ved falsk positiv test er testresultatet feil og vedkommende har ikke sykdommen. Er overutredning synonymt med overdiagnostikk? Marginene er små, men noen vil fremholde at unødig ressursbruk uten nevneverdig risiko for pasienten – i hvert fall i første omgang slik som planløs bestilling av blodprøver - ikke bør kalles overdiagnostikk. Overdiagnostikk må heller ikke assosieres med forebyggende medisin. Tidlig diagnose handler om å finne sykdom, ikke å forebygge sykdom. En svakhet ved definisjonen er at den ikke gir rom for kanskje de alvorligste konsekvenser av overdiagnostikk. At det hos mange enkeltmennesker oppstår unødig angst for sykdom og redusert livskvalitet som i verste fall kan kompliseres ved invalidiserende bivirkninger av igangsatt unødig behandling.

Overbehandling

Overbehandling er nær knyttet til overdiagnostikk etter som alle prosesser som utløser overdiagnostikk legger grunnen for overbehandling. Overbehandling som isolert begrep har mange elementer felles med feilbehandling. Bruk av en prosedyre eller et medikament på en ikke alminnelig akseptert indikasjon er eksempler. Det kan være at sykdommen ville gått over av seg selv, at effekten av behandlingen er liten eller at nytten er mindre enn ulempene. Overbehandling i livets slutfase er et særlig vanskelig område. John E Wennberg har studert overbehandling i USA og konkludert at en betydelig andel av helsetjenester som tilbys, ikke bedrer helsen, og at overbehandling faktisk øker dødeligheten. Det er ingen grunn til å tro at forholdene er annerledes i Norge.

I denne rapporten har vi valgt å definere overbehandling som *behandling som gir liten eller ingen effekt på forløpet av de prosesser man søker å påvirke*.

At behandlingen mangler effekt, har negative konsekvenser for den enkelte pasient ved at all behandling medfører risiko for skader. Det har også en samfunnsmessig konsekvens ved at feil bruk av ressurser fører til *underbehandling* hos andre pasientgrupper, der ressursene kunne vært brukt til dokumentert effektiv behandling.

Overdiagnostikk og overbehandling i pasientens perspektiv

De fleste er glade for at sykdommen ble oppdaget tidlig, og oppfatter det slik at tiltaket har reddet deres liv. Å fjerne tiltaket oppfattes som en reduksjon av helsetjenestetilbudet og en trussel mot folks helse.

Betydningen av å få en diagnose kan knyttes til aksept i nærmiljøet, sekundærgevinster, samt at en gitt diagnose kan utløst trykderettigheter. Diagnostikk og behandling oppfattes som et knapphetsgode. "Jeg fortjener min del av kaken!"

Media, politikere og helsearbeidere bidrar også til å skape et bilde av at «mer er bedre». Klage- og tilsynssaker knyttes i de aller fleste tilfeller til mangelfull diagnostikk og behandling. Dette fremheves av fagpersonellet, som anfører at fokus på slike feil fører til den defensiv (og uhensiktsmessig) behandling.

Det er grunn til å anta at noe av tendensen mot overbehandling kan skyldes manglende kunnskap hos pasient og behandler. Gitt at pasienten kunne treffe rasjonelle valg basert på risiko og potensiell nytte, vil mange antagelig vegre seg mot behandling med svakt dokumentert nytte (jf. også behandling ved livets slutt).

Praksisvariasjon som indikator

Det dokumenteres til dels betydelige forskjeller i praksis for undersøkelser, henvisninger, innleggelses og legemiddelbruk. Praksisvariasjon sier i seg selv intet om hvorvidt en rasjonell praksis finnes i øvre eller nedre del av spredningen. Det er likevel et viktig utgangspunkt for å vurdere ulikheter, drivere og resultater.

Laboratoriediagnostikk

- Variasjon er en indikator for at ikke alt kan være rett. Det sier ikke i seg selv noe om overdiagnostikk. Men der hvor forbruket er knyttet til analyser uten klinisk relevans, foreligger det et overforbruk.
- I flere artikler i Tidsskriftet 2007 viser fagmiljøet i Bergen hvordan det har vært en generell økning i laboratorieanalyser (Gjelsvik, Sandberg, Kaarbøe), med konsekvenser både av medisinsk og økonomisk karakter (Schem redaksjonell) Det er vanskelig å bli kvitt prøver som er erstattet av nye (og bedre)
- Analysepakker.
Det meste av teknologien er i dag basert på "random access" og det er stort sett bare det som rekvireres som besvares. For hematologi analyserer instrumentene til en viss grad et panel uavhengig av hva som er rekvirert. Hvis det er rekvirert MCV foreligger

det svar på Ery, MCH, RDV....men disse rapporteres ikke. Noen oppgir alle svar uansett, andre oppgir bare på etterspurte analyser, men gjør oppmerksom på sterkt avvikende verdier.

Det er en generell oppfatning at det er rasjonelt å ta mange prøver for å gjøre utredningen mer effektiv. Det mangler god dokumentasjon for dette.

- Det kan være et problem når det rekvireres "pakker" av analyser (feks inntakstatus, eller infarktstatus....) som ofte omfatter veldig mange analyser og kanskje kan oppfattes som "villscreening»
- Det er betydelig geografisk variasjon i takstbruken mellom de ulike helseregionene. Helseregioner med et godt utbygd laboratorietilbud tar flere prøver per innbygger sammenlignet med regioner med et mindre godt utbygd tilbud. Dette funnet indikerer at tilbud av en tjeneste genererer etterspørsel.
Man kan ikke uten videre konkludere med at en helseregion som har et bredt analysetilbud og som tar flere prøver av sin befolkning enn gjennomsnittet, tar for mange prøver, idet de andre regionene teoretisk kan ta for få. Det er imidlertid viktig at innføring av nye analyser følges av en oppdatert evaluering av laboratoriediagnostikken. Nye analyser vil ofte i stor grad kunne erstatte eksisterende eldre analyser og det er således ikke optimalt at nye analyser kun adderes til det opprinnelige analysetilbudet. Dette krever imidlertid at rekvirentene har oppdatert kunnskap om laboratoriediagnostikk.
- Endret cut-off punkt. Endrede grenseverdier skaper mange nye pasienter, som igjen skal følges opp og kanskje ha forebyggende medisiner. Beslutning om endring i terskel for Troponin T fra 30 til 14 ng/L vil føre til at det diagnostiseres mange nye tilfeller av hjerteinfarkt. Det må forutsettes at beslutninger om slike endringer i definisjon av normalverdier blir tatt etter meget inngående prosesser som tar behørig hensyn til spørsmålet om sykeliggjøring av store grupper.

Radiologi

- Strålevernets kartlegging av forbruksmønster i Norge (2008) viser:
 - Litt nedgang av konvensjonell rgt
 - Sterk økning av CT og MR – Norge gjør flest CT i Norden
 - Noe regionale forskjeller – ikke analysert på lokalt nivå. Studien fra S&F tyder på et større forbruk fra kommuner nær sykehusene – selv om det tas høyde for lekkasje til Voss og Haukeland
- Mulig overforbruk?
Det angis vanligvis at 25-30 % av radiologiske undersøkelser er «ikke indiserte», dvs det må antas at resultatet av undersøkelsen ikke vil ha konsekvens for oppfølging og behandling.
En undersøkelse av CT-henvisninger i Sverige (Strålskyddsinstuttet 2009) viste at 20% av henvisninger fra spesialisthelsetjenesten og 35% fra primærhelsetjenesten var tvilsomt eller ikke indisert. Det er grunn til å anta at det samme gjør seg gjeldende i Norge. Det utføres mer enn dobbelt så mange CT-undersøkelser pr befolkningsenhet i Norge sammenlignet med Sverige.
- Incidentalomer
Den rivende teknologiske utviklingen gir noen utfordringer: Mens man tidligere ofte hadde bare ett eller noen få bilder å forholde seg til, nå gjøres "volumopptak" med

MR og CT, som kan gi flere tusen bilder i tre plan. Sannsynligheten for da å gjøre "bifunn" (se "abnormaliteter" på bildene som ikke er årsak til pasientens plager), øker. Slike funn kalles ofte insidentalomer. For enkelte organer (lunger, nyrer, binyrer) har man laget kjøreregler for hvordan slike skal kontrolleres.

En annen situasjon: Pasienten har en kjent lidelse og undersøkelsen gjøres som ledd i kontroll av lidelsen. Ofte dreier det seg om CT eller MR som ledd i kreftkontroll. Spørsmålet blir om en radiologens oppgave, i tillegg til å stille rett diagnose, også skal drive "screening", i den forstand at alle organer skal granskes grundig for å oppdage f.eks. en liten tumor i nyre, lunge eller binyre.

Denne problemstillingen har blitt mer og mer aktuell i takt med utviklingen i radiologisk teknologi. En grundig evaluering av alle snitt og organer etter et "volumopptak" med MR og CT med et stort antall bilder vil, selv i øvede hender, kreve 15-30 minutters granskningsarbeid. Vi ser derfor et stadig økende sprik mellom hva som ønskes av radiologi og hva som finnes av kapasitet. Den vanlige oppfatningen i det radiologiske miljø har vært at alt som er synlig på bildene, må oppdages og rapporteres. Frykten for å overse noe er stor, ikke minst fordi man er redd mulige juridiske konsekvenser.

- Store ressurser går med uten at vi har oversikt over nytten. Kanskje kunne disse ressursene brukes bedre?
- Bifunn som krever utredning, gir engstelse og i verste fall komplikasjoner (for eksempel blødning etter leverbiopsi)
- Pasienter som blir utredet for en akutt lidelse, blir "pådyttet" en diagnose som ikke nødvendigvis krever behandling, men som kan gjøre deres livskvalitet dårligere.

Variasjon i allmennpraksis

- Variasjon i henvisningspraksis (S&F) – (Førde, Breidablikk, Øgar):
«Trass i aukande etterspurnad etter spesialisthelsetenester har lite vore gjort for å kartlegge årsakane til etterspurnadsvekst. Høgt forbruk på kommunenivå kan sporast tilbake til høge tilvisingsrater frå enkeltlegar i dei same kommunane».

Samhandlingsstatistikken for kommuner og spesialisthelsetjeneste i Sogn og Fjordane viser påfallende store variasjoner. Denne type statistikk kan danne grunnlag for nye analyser.

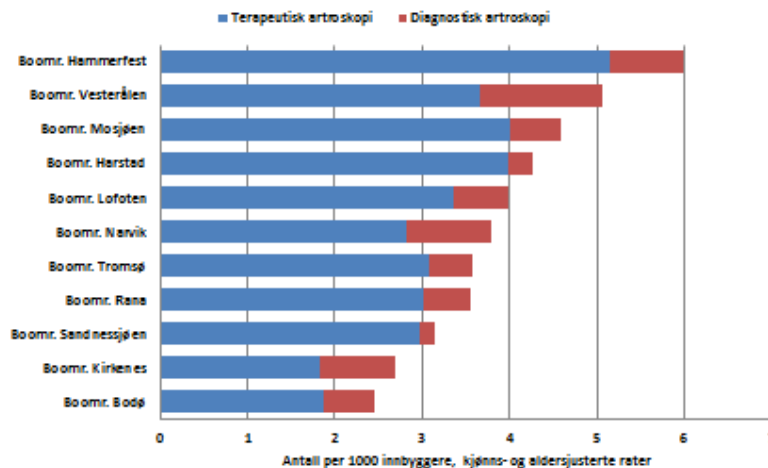
- Sykmeldingspraksis
Redusert arbeidsevne influeres av en rekke faktorer, hvorav sykdom bare er en av dem. Hvordan leger vurderer sykdom, varierer betydelig. Allmennmedisinen utgjør en grenseflate mellom medisin og samfunn, og her støter sykdom og sosiokulturelle forhold sammen.
Det har vært en økning i forekomst av såkalt «lettere psykiatriske tilstander. Det er alminnelig viten blant leger at det foregår en «hvitvasking» av sykmeldingstilfeller i den forstand at pasienters sykmeldingsbehov fortolkes inn i de diagnoselistene som NAV aksepterer. Denne fortolkningen skjer i et krysspress mellom pasientens behov

og «riktig» medisinsk praksis. Slik fortolkning praktiseres sannsynligvis ulikt, og kan ha bidratt til økningen i antall lettere psykiatri-diagnoser. Slik økning fører igjen til en fokusering på betydningen av behandling mot disse lidelsene. Dette har vært bidragende til en økt satsing på lavterskel psykiatritilbud, som på den ene siden kan være et gode, men som også kan føre til en medikalisering og overbehandling av livets ikke uvanlige motbakker. Det er satt i gang flere behandlingstiltak, frisklivstiltak, grønn resept osv på grunnlag av sykmeldingsstatistikker. Dette kan føre til behandling av ikke behandlingstrengende tilstander. Dette er også en form for overbehandling. Medikalisering av vanlige plager og påkjenninger bidrar til å «levere» feilaktige diagnosestatistikker som kan føre til overbehandling.

Operasjonsaktivitet

- Tallene for tonsillektomier og for leddproteser i S&F viser dramatiske forskjeller mellom kommunene. Små befolkningsgrupper og evt lekkasje kan uansett ikke forklare mer enn en liten del av forskjellen.
- I Helse Nord avdekkes tilsvarende forskjeller:

Antall kneartroskopier per 1000 innbyggere i Helse Nord 2011, lokalsykehusenes opptaksområder, n=(1 775)



- NOMESCO-statistikk viser enkelte nordiske forskjeller:
Antall inngrep pr 100.000 mennesker

	Danmark	Sverige	Norge
Skiveprolaps	165	70	125
Kneprotese	132	110	82
Meniskektomi	270	120	315

Endret aktivitet over tid , eksempelet med søvnutredning og snorkeoperasjoner

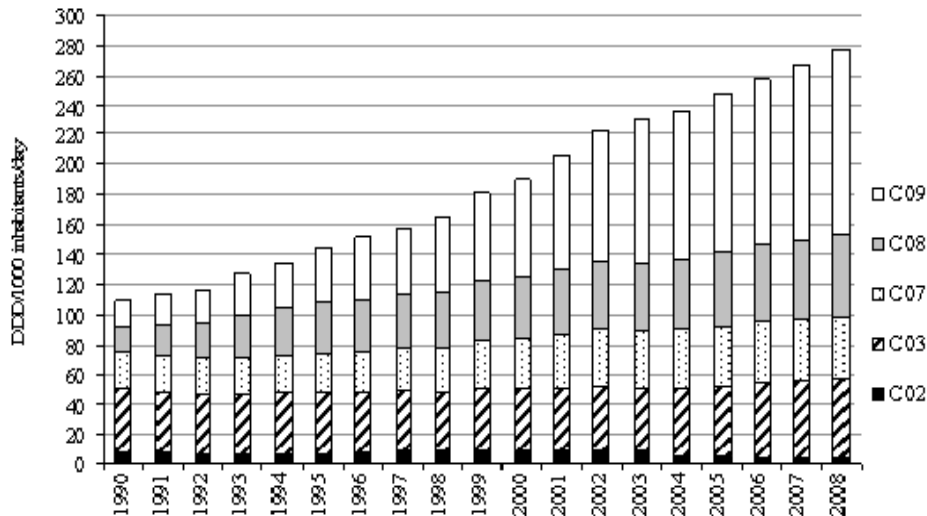
- De nordiske lands HTA (Health Technology Assessment) sentre publiserte i år 2007 en metodevurdering av diagnostikk og behandling av "obstruktivt søvnapnoesyndrom" (OSAS)- kjennetegnes av snorking med hyppige pustestopp under søvn, og uforklarlig tretthet på dagtid. Det foreligger flere behandlingsprosedyrer, alle med hensikt å skape en friere luftvei.
- En systematisk metodevurdering av behandlingalternativene viste best effekt ved bruk av pustemasker om natten, bra effekt på middels plagete pasienter ved bittskinner om natten, mens det ikke forelå tilstrekkelig dokumentasjon på positiv effekt av kirurgisk behandling. De kirurgiske inngrepene medførte mest bivirkninger, også alvorlige (blødninger, puste - og svelgproblemer, noen få dødsfall).
- En kartlegging av behandlingspraksis i de nordiske land avdekket store forskjeller landene i mellom. Norge hadde flest kirurgiske inngrep: 2800 mot ca 550 i Sverige (totaltall ett år).
- Gjennomgang av takstene i disse to land viste at DRG vekten i Norge var dobbelt så høy som den svenske. Vekten i Norge ble justert ned på "svensk nivå", og aktivitetsutviklingen av "snorkeoperasjoner" viste i løpet av etterfølgende år en nedgang på 35 %.
- RHFene ble enige om å ta initiativ til utarbeidelsen av nasjonale retningslinjer for behandling av denne pasientgruppen, og tilbudene i RHFene vil tilpasses disse retningslinjer".
- Dette eksempelet viste manglende dokumentasjon på effekt av en behandlingsform, og ved å sammenligne praksis mellom landene, viste det "overforbruk" av denne behandlingsform i Norge. Det kan være en illustrasjon på at det både må vises hva som er overbehandling / overdiagnostikk i forhold til god dokumentasjon, og hva som **gjøres** av denne overbehandling / overdiagnostikk. I tillegg til systematiske metoder som vurderer effekt, trenger vi gode registre som kan sammenligne mellom land, mellom regioner, mellom sykehus, mellom fastleger.

Ulik bruk av legemidler

Det er betydelige forskjeller i bruken av legemidler mellom ulike land, både når det gjelder samlet nivå og enkeltlegemidler. Det er et relativt lavt totalforbruk i Norge (doser per innbygger, direkte kostnader per innbygger, andel av helsebudsjettet og andel av nasjonalbudsjettet). Andelen kostbare legemidler utgjør av den samlede legemiddelbruken er økende. Med økende antall eldre personer i befolkningen vil antagelig denne tendensen forsterkes i årene som kommer. Det finnes ingen enkel forklaring på den lave bruken av legemidler i Norge, men faktorer som sterk offentlig styring (blåresept, prisregulering m.v) og en nøktern og samfunnsbevisst holdning blant norske leger er viktige bidrag.

Selv om Norge ligger lavt i forhold til sammenlignbare land i legemiddelbruk så viser trenden innen enkelte område at også her i landet øker legemiddelbruken sterkt. Et klart eksempel er behandlingen av antatt blodtrykkssykdom. Forklaringen er sammensatt der senkning i intervensjonsgrenser står sentralt. For eksempel har grensen for systolisk blodtrykk der legemiddelbehandling er «obligatorisk» blitt redusert fra 180 mmHg til 160 mmHg (Ref. Helsedirektoratets retningslinjer primærforebygging av hjerte- og

karsykdommer). Ser man på bruken av blodtrykksenkende legemidler de siste 20 årene er den om lag tre ganger høyere per innbygger enn for 20 år siden. Dette skyldes både at flere pasienter får behandling og at hver pasient får flere legemidler for å oppnå ett lavere blodtrykksmål enn tidligere.



Figur 1: Bruk av blodtrykksenkende legemidler i Norge (DDD/innbygger). Data fra Folkehelseinstituttet.

- Fra et faglig standpunkt er det urovekkende at i tillegg til endring av intervensjonsgrenser er det grunn til å tro at forskrivning av blodtrykk – og lipidsenkende medikamenter til middelaldrende mennesker i Norge synes å skje nærmest upåvirket av estimert totalrisiko for fremtidig hjerte-karsykdom. Brekke og Straand beregnet kardiovaskulær risiko (Framingham, SCORE og Norrisk) på 20252 ubehandlede hordalendinger i 40 –årene basert på målinger i 1997 – 9 og gjorde en datakobling mot reseptregisteret i 2008. 1 av 4 hadde begynt med kardiovaskulære medikamenter i det følgende tiåret, men det var svak sammenheng mellom hvem som hadde fått behandling og hvem som fikk påvist høy kardiovaskulær risiko i 1997-9. Feks hadde 60 -65% av menn og 25 – 45% av kvinner med høy risikoskår ikke startet behandling
- Seponeringsforsøk av nevrolepika hos demente ved norske sykehjem tyder likeledes på at det på dette området skjer overbehandling
- Terskelverdiene og målverdiene er endret for kolesterolsenkning. Dette har bidratt til at økning i antall behandlede pasienter fra et fåtall i 1994 til over 500 000 i 2012. Det kan i denne sammenheng nevnes at prisen på det mest brukte kolesterolsenkende legemidlet i Norge (simvastatin) har blitt redusert med 91 % siden 2004. For denne behandlingen er det derfor relativt lite å vinne på å innskrenke antall behandlede pasienter, men relativt mer å vinne ved å ha rimelige kontroll- og oppfølgingsrutiner. Det er altså ikke kostnaden som bekymrer, men kombinasjonene av sykeliggjøring, bivirkninger og nedsatt livskvalitet.

- Andre områder med nye terskelverdier (formelle eller mer uformelle) omfatter blant annet diabetes, depresjon, KOLS og astma,
- Fagmiljøet viser til at de for å delta i internasjonale forskningsprotokoller ofte må etablere omfattende regimer ut over det som har vært anerkjent praksis. Når slike protokoller går over noe tid, vil studieopplegget gjerne etableres som standard behandling. Pasientene melder også at de forventer å få samme nyetablerte tilbud.

Betenkeligheter ved overdiagnostikk

Pasientperspektivet

I en kronikk i Dagbladet 26.06.2010 uttrykker Steinar Westin at norsk helsevesen sløser mer med ressurser til vanlige pasienter enn på de spesielle tilfellene. Han viser hvordan mediedebatten om pasienter som «nektes» kostbare behandlingen skaper en oppfatning av at norsk helsevesen ikke gjør hva den kan for å hjelpe alvorlig syke pasienter. Han peker på at leting etter risikofaktorer hos ellers friske mennesker er et mye større problem, som skaper unødig angst og mulig overbehandling med uheldige bivirkninger. Det er klare tendenser til at leger rekvirerer prøver og undersøkelser «for sikkerhets skyld», uten at hverken lege eller pasient har vurdert konsekvensene. «Det er uetisk å ta bilder av andres rygg for å dekke sin egen.»

Det er en alminnelig oppfatning at tidlig diagnose betyr bedre behandling og bedre helsetjeneste. Men tidlig diagnostikk får friske mennesker til å oppleve seg som pasienter, og tidlig forebyggende behandling er forbundet med bivirkninger og komplikasjoner.

Når ekspertutredninger endrer terskelverdier for enkelte sykdommer, igangsettes forebyggende behandling. Dette bidrar til sykkeliggjøring, men også til mulige bivirkninger og komplikasjoner.

Samfunnsperspektivet

Ressursfordeling – hvor mye bruker vi på å lete etter sykdom hos de friske?

Tradisjonell helseundersøkelse i bedriftshelsetjenesten har (heldigvis) avtatt. Men de kommersielle aktørene markedsfører helsesjekk i stor grad. I det siste har vi sett at også apotekene ønsker å markedsføre helsekontroller til sine kunder. Uselekterte helsekontroller er i realiteten villscreening, og det har myndighetene gitt uttrykk for at man skal unnlate.

Variasjoner og ressursvridning kan også være knyttet til oppfølging ved korrekt diagnose og behandling. Eks. hvordan er den polikliniske aktiviteten innen ulike fag og ulike foretak. NPR kan identifisere antall polikliniske konsultasjoner og antall nyhenviste fordelt på foretaksnivå. Eks fra Troms. Pasienter følges opp fra 1 til 5 ganger etter innsetting av høreapparat innen samme foretak.

Betenkeligheter ved overbehandling

Prostatakreft

Bruk av PSA for å identifisere tidlige stadier av prostatakreft er et svært sentralt eksempel på dilemmaer knyttet til leting etter sykdom hos tilsynelatende friske personer.

Det er gjort en rekke internasjonale gjennomganger av dokumentasjon for effekten av PSA-screening. De kommer alle til konklusjonen at «kostnaden» både finansielt og knyttet til behandling, bivirkninger og komplikasjoner, overgår nytten av tiltaket.

Diagrammet viser funn av prostatacancer ved biopsi av friske, frivillige eldre menn.

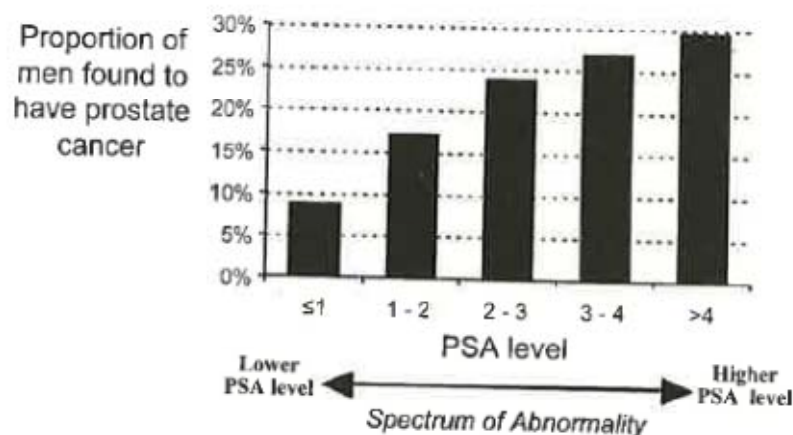


FIGURE 4.3 *The Proportion of Men Found to Have Prostate Cancer at Various PSA Levels*⁸

Ved autopsi hos menn som døde i ulykker, ble det funnet prostatacancer hos 60% i gruppen over 60år. Disse hadde ikke erkjent kreftsykdom.

I Norge er det ved flere anledninger siden 1999 gjort gjennomgang av kunnskapen knyttet til PSA-testing hos friske menn. Rapporter fra Kunnskapssenteret har konkludert med at det ikke bør gjennomføres screening. Til tross for dette, har frekvensen av PSA-tester økt gjennom hele perioden.

The US Preventive Services Task Force har i 2011 anbefalt «an end to prostate screening after decades of overdiagnosis and unnecessary destructive surgery in men»

Forebyggende medisinerer

Endring av terskelverdiene for fastende blodsukker og HbA1c skapte mange nye diabetespasienter. Behandling med antidiabetiske legemidler har ført til nye tilfeller av hypoglykemi (kjent fra trafikkulykker).

Overbehandling ved livets slutt

Kunnskapssenteret har et pågående arbeid med dette tema. En norsk studie konkluderer med at 20-25% av utgiftene til helse- og omsorgstjenester blir brukt i det siste leveåret. Rapporten «Prioriteringer i helsesektoren. Verdigrunnlag, status og utfordringer» peker også på at beslutningsprosesser rundt livsforlengende behandling i livets slutfase kan forbedres. I Kunnskapssenterets pågående prosjekt vektlegges «Advance care planning» som et viktig verktøy for å ivareta pasientens autonomi og gi helsepersonellet trygghet i sine beslutninger.

Drivere i systemet

Den «opplyste» pasient

Befolkningen utsettes for sterke krefter i sin opplevelse av sykdom eller frykt for sykdom. Mediene har helse- og risikostoff daglig. Kommersielle aktører annonserer for helsesjekk i ulike former og argumenterer med at det er viktig å indentifisere og behandle tidlig. Dette gjenfinnes også i offentlige dokumenter og er vanskelig å argumentere imot. Betenkeligheter og bivirkninger blir sjelden kommunisert.

De siste uker har også illustrert at apotekene under samme begrunnelse tilbyr generelle eller spesielle undersøkelser og utløser konsultasjoner, oppfølgingsundersøkelser og engstelse. Symptomer og historier fører til leting på internett, med en flom av informasjon og faresignaler. Tidligere var det legestudentene som gjennomlevet hele læreboken i løpet av 6 år. Nå er dette blir allemannseie.

Når pasientene etter ny lovregulering skal få tilgang til sine helseopplysninger, vil det oppstå ny usikkerhet hos mange pga laboratoriesvar i grenseområder (eller utenfor disse), eller røntgenbeskrivelser av små, tilfeldig oppdagede funn med usikker betydning.

Med medienes fokus på ventetider og uheldige hendelser, skapes et marked for private helseforsikringer. Det kan ikke utelukkes at forventningen om rask behandling kan medføre at inngrep iverksettes selv om « watchful waiting» ville vært et minst like godt alternativ. Også sportsjournalistikken bidrar til å skape et inntrykk av at aktiv intervensjon er løsningen på de fleste problemer eller utfordringer. Den internasjonale terminlisten gir ikke rom for å forsøke en konservativ tilnærming til en skade eller lyte.

Kunnskapsmangel hos aktørene

Profesjonsutdanningene i helsesektoren gir ikke tilstrekkelig grunnlag for den enkelte utøver til å demme opp for dramaturgien i helsejournalistikken. Forståelse av relativ og absolutt risiko, betenkeligheter ved villscreening, mangelfull kunnskap om egen praksisprofil, for lite reell pasientinnflytelse vil bidra til at det fattes beslutninger på mangelfullt grunnlag.

Manglende kunnskap om prognose ved ikke å behandle, vil lett før til at man velger aktiv behandling. Det ligger uansett i forpliktelse hos helsearbeideren til å opptre forsvarlig og forholde seg til anerkjente prinsipper for ressursutnyttelse og prioritering.

Teknologi og industri

Den store økning i bildediagnostikk er i vesentlig grad teknologidrevet. En CT-undersøkelse kan generere flere tusen snitt i ulike plan basert på et kort scan-tid. Dette bringer frem funn som ikke tidligere er beskrevet, og der man ikke kjenner den kliniske betydning, men likevel må beskrive funnet og evt. sørge for oppfølgingsundersøkelser.

Automatisering av laboratorieundersøkelser gir en liste med prøvesvar, som ofte ligger på siden av den egentlige problemstillingen. 5% av svarene er definert til å ligge utenfor normalområdet.

Operative inngrep går i større grad over til miniinvasive teknikker, gjerne kateterbasert. Dette kan gjøre inngrepene mer skånsomme, og man kan derved utvide indikasjonsområdet, f.eks. perkutan utskifting av hjerteklaffer.

Engasjerte fagpersoner, forskningsinteresser og industriens kommersielle interesser møter hverandre i en felles markedsføring av den vidunderlige nye verden!

Ekspertuttalelser, retningslinjer, forskningsprotokoller

Nasjonale eller internasjonale ekspertgrupper utreder god praksis på ulike områder. Slike konsensusrapporter gir sterke føringer for tjenestetilbudet i berørte land. Det er ikke alltid knyttet krav til drøfting av økonomiske og organisasjonsmessige konsekvenser når det utgis slike retningslinjer. Forankringen kan være ulik: WHO, EU, Europarådet, fagmedisinske foreninger. Faggruppens medlemmer kan ha ulike personlige interesser eller bindinger – erkjente eller mer indirekte.

Endret cut-off point for fysiologiske eller laboratoriemessige måleverdier kan utløse store konsekvenser for tjenestetilbudet, legemiddelbruk, kontrollregimer. Oppfølging og behandling i forebyggende hensikt må vurderes utfra en samlet risikovurdering. Tiltak basert på enkeltlementer vil kunne utløse flere uheldige enn nyttige effekter.

Økonomiske insentiver

- Innsatsstyrt finansiering

Etter innføringen av DRG og ISF-ordningen har det stadig vært oppmerksomhet rettet mot en mulig uønsket vridning av pasienttilbudet mot «lønnsomme» aktiviteter.

Helsedirektoratets utredning «Innsatsstyrt finansiering av spesialisthelsetjenesten (2007)» anfører at en ISF-andel på 40% antas å ligge under marginalkostnaden for ulike intervensjoner. I praksis oppfattes det likevel av utøverne at enkelte inngrep (små ortopediske inngrep) kan utføres i effektive isolerte produksjonslinjer med en reell fortjeneste. Dette kan forsterkes gjennom statlige handlingsprogrammer med øremerket finansiering (raskere tilbake).

Det understrekes fra myndigheter og helseøkonomiske miljøer at DRG-systemet ikke er ment å være styrende for aktivitet på divisjons- eller avdelingsnivå. Likevel viser ledere på ulike nivåer til at de blir målt på DRG-poeng når foretaksledelsen skal se på aktivitetstall og effektivitet. I prioriteringsprosesser vil det være lett å ty til målbare resultater, fremfor ikke målbare resultater som opplæring og forskning.

- Primærhelsetjenesten

Primærhelsetjenesten er i utstrakt grad finansiert gjennom stykkpris. Dette kan i blant føre til dreining av aktivitet i uønsket retning. Eks – tidligere takster for laboratorietester, som førte til at legekantorene hadde analysemaskiner som ga svar på analysepakker.

Internasjonale aktiviteter

Flere land har etablert initiativ for å identifisere områder der ressurser kan frigjøres og brukes på en bedre måte i andre deler av helsetjenesten. Noen er initiert av fagmiljø som Choosing

wisely kampanjen i USA, andre gjennom myndighetsorganisasjoner som NICE i Storbritannia. Det internasjonale samarbeidet innen metodevurdering (HTA) har en egen interessegruppe på problemstilling "disinvestment" – det å fase ut helsetiltak som ikke er berettiget. Gruppens målsetning er å bidra til oversikt over ulike tilnærminger til problemstillingen. Til nå er vi kjent med at land som Canada, Australia, England, Spania og USA har slike satsninger i form av formaliserte programmer. HTAi har også nettopp gjennomført en undersøkelse blant medlemmene for å kunne gi en mer oppdatert oversikt på hvilke land som har tiltak for problemstillingen og hvordan disse tiltakene er organisert.

NICE- England

NICE har hatt relativt lang erfaring med dette gjennom ulike tilnærminger til problemstillingen. To hovedkonklusjoner fra dette arbeidet som kan være viktig (<http://www.bmj.com/content/343/bmj.d4519.pdf%2Bhtml>).

- 1) De fleste helsetiltak har berettigelse for noen, det er få kandidater som ansees som fullstendig overflødige. Det er derfor bruken av tiltakene som skaper problemer i form av overdiagnostikk og overbehandling.
- 2) Den beste måten å identifisere kandidater for overbehandling/diagnostikk er knyttet opp mot retningslinjearbeidet. Dette gir den beste vurderingen ut fra et helhetlig pasientforløp.

Too much medicine – British medical journal

Kampanjen er initiert av det britiske legetidsskriftet, og målet er å sette fokus på de negative helsemessige- og resursmessige konsekvensene som følger med overdiagnostikk og overbehandling. Dette vil BMJ gjøre gjennom artikkelserier og en konferanse som skal arrangeres i Dartmouth i september 2013. BMJ ser dette som en global utfordring og samarbeider bl.a. med Choosing wisely kampanjen i USA.

Choosing Wisley kampanjen i USA.

Denne kampanjen er iverksatt av ABIM – en paraplyorganisasjon for fagorganisasjoner og samfunnsaktører som arbeider for å fremme «medical professionalism». Kampanjens mål er å redusere overbruk av tester og prosedyrer. Til nå har 35 ledende medisinske spesialistforeninger knyttet seg til kampanjen, og 17 av disse har laget lister med over diagnostiske tester eller prosedyrer og behandling som har liten verdi eller kan forårsake utilsiktet skade (<http://www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/>). Hver liste inneholder fem anbefalinger om hva legen ikke bør gjøre eller rekvirere. Ideen er at dette skal hjelpe pasientene å velge hensiktsmessige undersøkelser og behandling, og redusere unødvendige utgifter. Til sammen omfatter disse anbefalingene mer enn 300 tester, prosedyrer og behandlinger. Kampanjen ble lansert i 2012, og det er varslet at ytterligere 15 spesialistforeninger vil publisere lister i løpet av 2013. Ut over en opplagt gjennomslagskraft i fagmiljøene vet vi ikke om kampanjens betydning (impact) og resultater, og om de foreslåtte tiltakene er viktig i forhold til overdiagnostikk/overbehandling.

Selling sickness initiativet:

Et globalt initiativ med to mål: identifisere de mange aspekter som følger med promotering av sykdom og medikalisering av normale liv. Initiativet favner bredere enn problemstilling overdiagnostikk og behandling. Det er utarbeidet en liste over tiltak som kan utgjøre en forskjell. (<http://sellingsickness.com/call-to-action-on-selling-sickness-goes-interactive/>) .

Strategiske tilnærminger

Vi har i den foreliggende rapporten konsentrert oss om tiltak som vil være aktuelle på den nasjonale arena. Det er for eksempel gjort økonomiske tiltak i andre land for å begrense overdiagnostikk og overbehandling som har liten relevans i Norge som har annen finansiering av helsetjenester og andre takstsystemer.

En hensiktsmessig tilnærming er å skjelne mellom systemtiltak, tiltak rettet mot utøvere (leger) i helsevesenet og tiltak rettet mot brukerne (pasienter og potensielle pasienter)

Systemtiltak

- Disinvestment

Det er behov for systematiske prosesser for å identifisere og vurdere metoder som kan fases ut av helsetjenesten.

Behovet for utfasing har vært drøftet i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering som konkluderte følgende : «Rådet viser til den store økning i utvikling av ny teknologi som kan gi nye diagnostikk- og behandlingsmetoder i helsevesenet, og erkjenner at en systematisk fjerning av ineffektive eller mindre kostnadseffektive metoder vil kunne frigi ressurser til nye tiltak. Rådet foreslår at det utarbeides et sett med kriterier og rammeverk, inkludert incentiver for helsepersonell, for å fjerne mindre effektive metoder.» «Rådet anbefaler at man i et nytt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten, foretar en systematisk vurdering av mulig utfasing av eksisterende metoder, og at dette legges inn i forutsetningene

- Helsemyndighetene bør være tilbakeholdende med å fremme betydningen av tidlig diagnose og særlig med anbefaling av screeningprogrammer som ikke er godt dokumentert. Dette gjelder også for de lavterskeltilbudene som nå averteres fra apotekkjedene.
- Gjennom St.meld nr 10 «God kvalitet – trygge tjenester» har regjeringen understreket kravet om at det skal gjennomføres systematiske metodevurderinger nasjonalt eller lokalt før nye metoder tas i bruk. Nye behandlingsprinsipper skal ikke iverksettes uten at det skjer i et validert system, enten som ledd i utprøving eller etter evidensbasert dokumentasjon.
- Spørsmål om rasjonell virksomhet og prioritering av tidligere og nye behandlingsformer vil kunne bringes inn for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Prinsipielle spørsmål knyttet til systemer for prioritering vil også bli tatt opp gjennom det nylig opprettede departementale utvalget.
- Finansieringssystemene må i så stor grad som mulig fremme anerkjent praksis og helst sette bremses for ikke dokumenterte kliniske tiltak. Reduksjon av betalingssystemer som favoriserer stykkpris vil sannsynligvis bidra til å dempe overbehandling.
- Økt støtte til finansiering av uavhengig legemiddelforskning, spesielt av nye kostbare medikamenter

- Dersom diagnosesystemet var bedre tilpasset virkeligheten i allmennpraktikerens hverdag, slik at sykmeldingene kunne reflektere arbeidskonflikt, samlivsbrudd, adferdsavvik hos familiemedlemmer osv., ville man unngå medikalisering av livskriser.

Tiltak rettet mot utøvere

- Økt vektlegging av faglige retningslinjer og veiledere. Den må gjøres klart at faglige retningslinjer ikke må anvendes ukritisk i mer komplekse situasjoner som for eksempel hos eldre pasienter med flere sykdommer. De gode erfaringer med behandlingsprogrammer innen onkologi og blodsykdommer kan danne eksempel for slikt arbeid. Arbeidet med slike retningslinjer og utarbeidelse av kvalitetsindikatorer kan knyttes til de nye spesialitetsråd som foreslås opprettet i innstillingen om ny spesialiststruktur. En viktig oppgave er å etablere gode systemer også for etterlevelsen av retningslinjene.
- Særlige utfordringer eksisterer knyttet til rekvirering av laboratorieprøver og bildediagnostikk. Så vel innen grunnutdanningen som spesialistutdanningen skal leger gis bedre innsikt i hva som er indisert for utredning, og spesielt fallgrubene knyttet til usystematisk screening. I forslaget til ny spesialiststruktur for leger er etableringen av bredt sammensatte veiledningsgrupper særlig vektlagt.
- En arbeidsgruppe fra fagmiljøet i Bergen har utarbeidet «Riktigere bruk av laboratorietjenester» og fremmet forslag om opprettelse av et sentralt fagråd innen laborativ virksomhet i spesialisthelsetjenesten. Rådet skulle legge premisser for bruk av laboratorietjenester, og vurdere bruken av laboratorietjenester i helseregionene opp mot disse premissene. Fagrådet er foreslått å ha som oppgaver:
 - Utarbeide retningslinjer for hvilke analyser som bør utføres på hvilke problemstillinger
 - Bidra til å implementere en evidensbasert bruk av tester
 - Utvikle rekvisisjonsskjemaer som hjelpemiddel til rasjonell Laboratoriebruk
 Rekvireringsmønsteret kan (kanskje) påvirkes gjennom nasjonale retningslinjer. Det kan også gjøres praktiske «knep» - sette prøven på baksiden av rekvisisjonen.
- Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale retningslinjer for «Bildediagnostikk ved muskel- skjelettlidelser». Dette er et fagområde som legger beslag på store ressurser, og det er en viktig oppgave å bidra til en rasjonell utnyttelse.
- Myndighetene kan bistå fagmiljøet med støtte til å minimalisere ressursene som brukes på leting etter tilfeldige bifunn: Det kan være aktuelt å lage kortfattede rapporter av typen: "CT buk: Stort, rumpert abdominalt aortaaneurisme. Andre organer ikke vurdert".
- Helsedirektoratet utgir også faglige retningslinjer for bruk av legemidler, f.eks. antibiotika og vanedannende legemidler.

- Tiltak for å bedre kunnskapen om hva helsetjenesten kan yte på forskjellig nivå bør intensiveres. Særlig viktig er det å gi primærhelsetjenesten bedre innsikt i hva spesialisthelsetjenesten kan og ikke kan bidra med i utredning og behandling av pasienter. Samhandlingsbarometeret som er under utprøving i Sogn og Fjordane, bør nøye følges opp og evt etableres i flere regioner. Dette kan være en viktig kilde til refleksjon over egen praksis og i veiledningsgrupper.
- Utprøving av interaktive henvisninger kan vise seg å være et viktig tiltak. Her menes et henvisningssystem som setter større krav til rekvirent når det ønskes laboratorieprøver, og særlig avanserte bildeskapende teknikker. For at henvisningen skal godtas må rekvirenten ha dannet seg en oppfatning som belyser begrunnelsen for henvisningen. Tiltaket er omstridt fordi henvisningen som regel vil være mer tidkrevende. Flere peker på at elektronisk journal kan lette et slikt tiltak, men «automatisk» tapping av journaler innebærer redusert kontroll med spredning av sensitive data.
- Det kan legges vekt på betenkelighetene ved rekvirering av ressurskrevende tilleggsundersøkelser som ikke sjelden er svakt begrunnet og som kan avdekke tilstander som har liten eller ingen relasjon til pasientens kliniske problem. Man kan overveie tiltak som krever større grad av refleksjon hos rekvirent.
- En annen vei å gå er internfakturering som virkemiddel, men her advares det fra mange hold om de omfattende kontrolltiltak som dette utløser.

Tiltak rettet mot brukere

Brukerne vil i utgangspunktet se helsetjenestens tilbud som et gode de har rett og krav på. Terskelbygging oppfattes av mange som en reduksjon av helsetilbudet og en trussel mot folks liv og helse. Dessuten er det et faktum at personer i en vanskelig livssituasjon ikke sjelden har nytte av en diagnose å lene seg på. Det er en stor utfordring å formidle at helsesjekk, «årskontroller» og ukritisk anvendelse av tilbud fra helsetjenesten kan føre til utilsiktede vanskeligheter. Ved røntgenundersøkelser tatt «for sikkerhets skyld» kan det avdekkes usikre forandringer som kan skape betydelig engstelse til tross for legens beroligelse. Et annet aktuelt eksempel er de omfattende tiltak med potensielt alvorlige bivirkninger som påvisningen av forhøyet prostata spesifikt antigen (PSA) kan utløse.

- Det kan iverksettes opplysningskampanjer eller oppslag i media med budskap om uheldige effekter av "for meget helsetjeneste". Det er vanskelig å få store oppslag om slike budskap. Dagspressen vil ha et "offer", som har opplevet å få et utilstrekkelig tjenestetilbud.
- Utprøving av pasientveiledning enten i grupper eller enkeltvis ledet av lege eller sykepleier er kommet i gang flere steder, og dette tiltaket bør utvilsomt oppmuntres. Men kanskje det viktigste enkelttiltak vil være å gi legen bedre tid til å kommunisere med den enkelte pasient ved ordinære konsultasjoner.