

OVERKILL

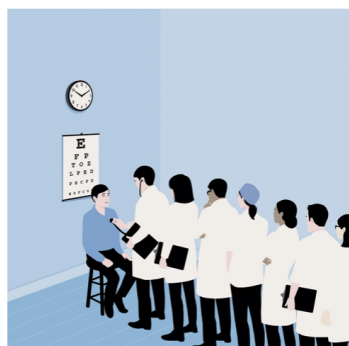
An avalanche of unnecessary medical care is harming patients physically and financially. What can we do about it?



By Atul Gawande

May 4, 2015

It was lunchtime before my afternoon surgery clinic, which meant that I was at my desk, eating a ham-and-cheese sandwich and clicking through medical articles. Among those which caught my eye: a British case report on the first 3-D-printed hip implanted in a human being, a Canadian analysis of the rising



Catching turtles?

Formuleringen om skilpaddejakt er hentet fra Dr Atul Gawande sin artikkel «Overkill» i The New Yorkers maiutgave i 2015 (1). Artikkelen handler om medisinsk overtesting og de påfølgende, uunngåelige problemene overdiagnostisering og overbehandling. Nylig løftet det populære NRK-programmet Folkeopplysningen frem denne problemstillingen og ser nærmere på om medisinske screeninger koster mer enn de nytter.

Denne artikkelen ble først publisert i Fysioterapi i privat praksis 6-15 og kan leses i originalform der. Den ble oppdatert og utgitt på nytt i lys av Folkeopplysningen sin 3. episode «Kroppen på service» 7. september 2020.

Medisinsk teknologi og utvikling går i rasende fart, og innenfor muskelskjeletthelsen ser vi i dag muligheter som var utenkelige for tjue år siden. Offentlige og private røntgeninstitutter gir oss mulighet til å henvise pasienter til billediagnostisk vurdering i en skala vi aldri har sett maken til. Store helseaktører tilbyr screeninger for alt mellom

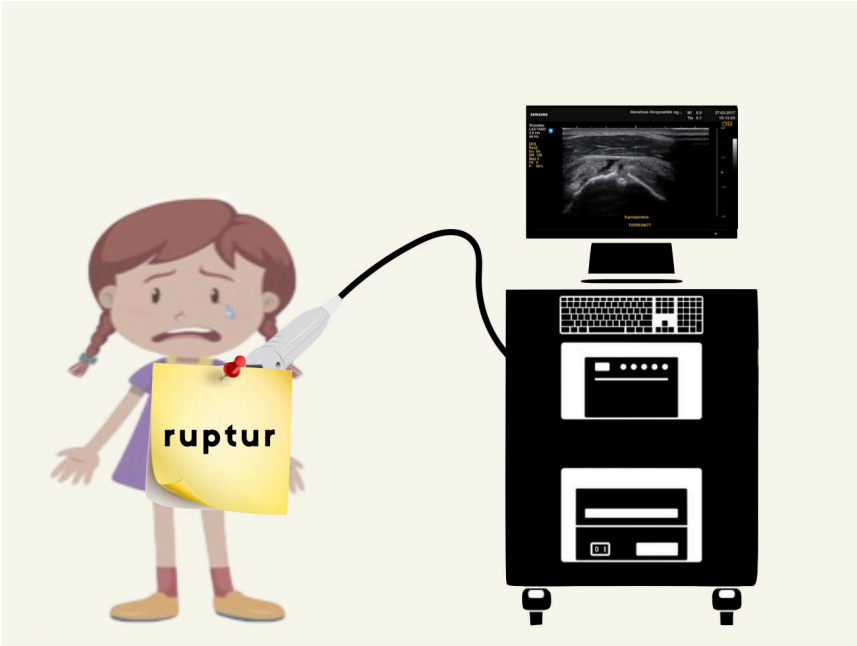
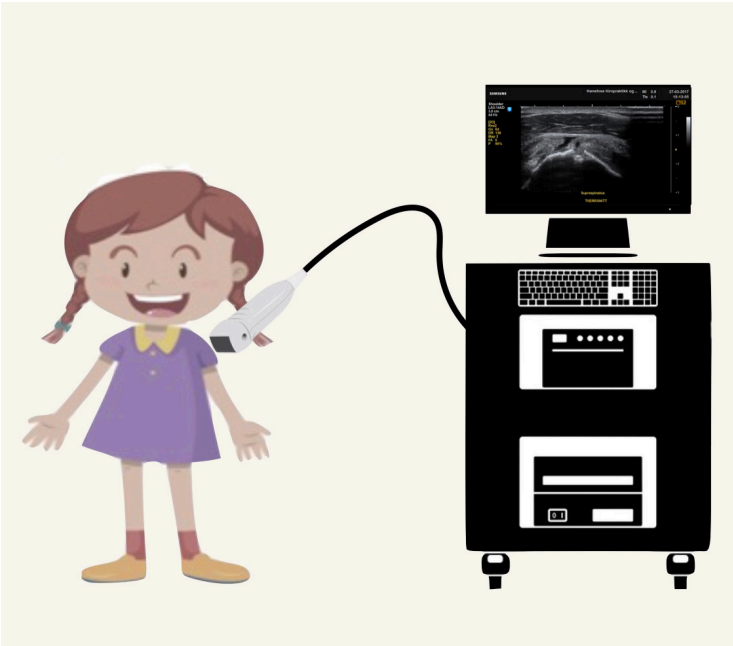
himmel og jord under parolene;

«en årlig undersøkelse for å avdekke eventuelle sykdommer i tidlig fase.» (2)

og

«Opplever du stress, muskelsmerter eller allergi som påvirker din livskvalitet? Eller er du kanskje i ferd med å utvikle livsstilssykdommer? En generell helsesjekk kan avdekke sykdomstegn som bør følges opp. Resultatet av en full helsesjekk hjelper oss å forebygge sykdom, og til å tilpasse helsefremmende tiltak skreddersydd for deg.» (3)

Endelig har vi muligheten til å finne den ene lille tingen som er årsaken til pasientens plager - en fortykket bursavegg, en seneruptur, en degenerativ menisk, en protruert mellomvirvelskive. Vi har til og med muligheten til å finne de tingene pasientene ikke visste at de hadde, men som muligens kan komme til å bli en årsak til potensielle plager i fremtiden. Listen over patologi er lang, og med iver og entusiasme forteller vi pasientene hva vi har funnet og hvordan dette henger sammen med deres symptomer. Og denne utviklingen må jo være ubetinget positivt for oss som terapeuter. Eller?



Gawandes skilpadder referer til anormalitetene i kroppen som ikke utvikler seg til å bli reelle problemer, eller i det minste at de utvikler seg så sakte at de ikke vil bli problematiske. Folkeopplysningen trekker frem Sør-Koreas jakt på skjoldbruskkjertelkreft, der man ser at forekomsten øker med økt testing, men at dødeligheten er uforandret. Det vil si at man har sykelliggjort en stor mengde mennesker med en tilstand de mest sannsynlig ville dødd med og ikke av. Tilsvarende problematiseres vårt eget Kreftregister og mammografiundersøkelse av friske kvinner. Regnestykket som ble presentert i programmet var: 3 av 1000 testede kvinner reddes grunnnet screeningen. Men samtidig diagnos-

tiseres og behandles 14 kvinner for brystkreftformer som mest sannsynlig aldri ville blitt et problem. 14 friske kvinner har altså blitt kreftpasienter basert på funn av en tilstand som sannsynligvis ikke ville blitt et problem. Sett deg inn i situasjonen; om du hadde fått vite at du hadde celleforandringer i brystet eller en benign tumor i skjoldbruskkjertelen – ville du latt være å behandle tilstanden?

Jeg skal ikke sette meg til dommer over screeningundersøkelser for kreft, men hvilke skilpadder ser vi i vår hverdag? Billedstudier på asymptomatiske rygger (4) viser blant annet følgende;

(...) among patients with back pain, prior studies have demonstrated that degenerative findings on MR imaging are not necessarily associated with the degree or the presence of low back pain.

Perhaps most important, the relationship between imaging findings and surgical outcomes has not been well established

Sammenhengen mellom alder og billedfunn hos asymptotiske mennesker kan ikke illustreres bedre enn i tabell 2 i samme artikkel;

Den samme tendensen ser ut til å gjelde også for cervikalcolumna (5):

Disc bulging was frequently observed in asymptomatic subjects, even including those in their 20s. The number of patients with minor disc bulging increased from age 20 to 50 years.

Hovedbudskapet er at på tross av mulighetene som ligger i billeddiagnostikken ser vi mer enn det vi trenger å se. Vi bruker mye tid og mange penger på å fange skilpadder uten at de har noen klinisk verdi for oss eller pasientene. Kanskje heller det motsatte – studier peker på at en MR-beskrivelse kan forlenge smertetilstanden hos pasienter med uspesifikke korsryggsmerter,



Table 2: Age-specific prevalence estimates of degenerative spine imaging findings in asymptomatic patients^a

Imaging Finding	Age (yr)						
	20	30	40	50	60	70	80
Disk degeneration	37%	52%	68%	80%	88%	93%	96%
Disk signal loss	17%	33%	54%	73%	86%	94%	97%
Disk height loss	24%	34%	45%	56%	67%	76%	84%
Disk bulge	30%	40%	50%	60%	69%	77%	84%
Disk protrusion	29%	31%	33%	36%	38%	40%	43%
Annular fissure	19%	20%	22%	23%	25%	27%	29%
Facet degeneration	4%	9%	18%	32%	50%	69%	83%
Spondylolisthesis	3%	5%	8%	14%	23%	35%	50%

^a Prevalence rates estimated with a generalized linear mixed-effects model for the age-specific prevalence estimate (binomial outcome) clustering on study and adjusting for the midpoint of each reported age interval of the study.

en påstand konklusjonen fra denne studien (6) underbygger:

Early MRI without indication has a strong iatrogenic effect in acute LBP, regardless of radiculopathy status. Providers and patients should be made aware that when early MRI is not indicated, it provides no benefits, and worse outcomes are likely.

Diagnostisk ultralyd har vokst seg stort i muskel- og skjelettverdenen, og har gitt oss som fysioterapeuter muligheten til å gjøre billeddiagnostikk samtidig som vi gjør vår kliniske undersøkelse. Og sett i lys av den svake spesifisiteten våre kliniske undersøkelser kan ha, kan ultralyd være et godt hjelpemiddel. Likevel står vi ovenfor akkurat de samme utfordringene med overtesting og overdiagnostisering som vi har vært igjennom med andre billedmodaliteter. En tilsvarende studie (7) som de to ovenfor, om enn vesentlig mindre i utvalgsstørrelse, så på forekomsten av billedfunn på asymptomatiske skuldre etter ultralydundersøkelse. Konklusjonen deres var som følger;

Asymptomatic shoulder abnormalities were found in 96% of subjects 40–70 years old. The most common abnormalities were subacromial-subdeltoid bursal thickening, acromioclavicular joint osteoarthritis, and supraspinatus tendinosis. Our results in the absence of symptoms

suggest that when symptoms are present, ultrasound findings should be interpreted closely with clinical findings to determine the cause.

Slik jeg ser det står vi ovenfor noen relativt store problemstillinger som klinikere;

- I noen tilfeller er det jo faktisk en korrelasjon mellom underliggende vevspatologi og plagene pasienten kommer med. Når vi har muligheten til å lete etter den, skal vi da la være?
- Hvordan kommuniserer vi funnene våre? Det er mye god placebo i dårlig kommunisert billeddiagnostikk.
- Et billedfunn som tolkes som vevspatologi/-skade gir et insentiv til å starte behandling. Men hva er det vi behandler? Overbehandling er et resultat av overtesting og overdiagnostisering, og selv om behandlingen gjøres i beste mening – hvem har det etiske ansvaret for kostnadene behandlingen medfører?

Overtesting og overdiagnostisering gjør også at langt flere mennesker med muskel- og skjelettplager gjennomgår kirurgi for sine plager. Resultatene av kirurgi på vanlige plager som degenerativ menisk og subacromielt smertesyndrom er ikke oppløftende sammenlignet med konservativ tilnærming og/eller shamkirurgi (8-11). Likevel har

forekomsten av kirurgi for nettopp disse tilstandene økt progressivt de siste tiårene, også i det offentlige. Illusjonen om en quick fix lever i beste velgående, selv om vi per i dag burde vite bedre. Kostnadene samfunnet og enkeltpasienter må bære for dette er store.

Jeg vil understreke at jeg fortsatt mener det finnes vevsskader og –patologi som kan forklare folks plager, men at en stor andel av de funnene vi ser gjennom billeddiagnostikk er falskt positive og et resultat av aldring og stressadaptasjon er et uomtvistelig faktum vi ikke kan lukke øynene for. Vi må være oss bevisste når vi ber om, eller selv utfører, billeddiagnostikk – hva tilfører det oss av verdi i en klinisk setting? Vi må være dyktige til å kommunisere billedfunnene på en måte pasientene forstår og vi må være dyktige til å vurdere om billedfunnene er forenlige med å starte opp spesifikk behandling.

Som så mye annet i livet kan også billeddiagnostikk og screening plasseres inn i en «omvendt U-kurve» der for mye av det gode blir en negativ faktor. Mitt inntrykk er at vi er langt over tippekunktet på kurven og at vi har et ansvar for å snu denne trenden i lys av oppdatert kunnskap.

Se referanser/kilder side 37.

