

Snakk pent!

«Jeg tror jeg trenger en MR». Spør deg selv hvor mange ganger i uken du hører det spørsmålet. Uavhengig av om smerten sitter i nakken, korsryggen, hoften eller skulderen. Som klinikere kjenner vi godt til bildediagnostikkens muligheter og begrensninger. Vi kjenner også godt nomenklaturen som brukes for å beskrive funn, abnormiteter, normalvarianter og mistenkt patologi på bildet. Men hva med pasientene? Hva forstår de? Pasientene trenger at vi «snakker pent» når vi forklarer hva MR-bildene egentlig betyr.



AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

Teknologiske fremskritt har utvilsomt medført store endringer for fagutøvelsen innenfor fysioterapi. Men det er liten tvil om at teknologien også medfører store endringer på samfunnsnivå. Står man på en bussholdeplass i dag og venter, så vil man se at >90% av folk står med krum nakke over en smarttelefon. Det er nesten ikke til å tro at den første iPhone ble lansert i 2006. Hva gjorde vi mens vi hadde noen kjedelige øyeblikk for 15 år siden? Før det var mulig å ha hele verden foran seg på en skjerm på 5 tommer? Dette vitenskapelige paradigmet gir oss uante muligheter. Innenfor helsevesenet kan man benytte cancerscreening for å avdekke noen av de etiske dilemmaene som teknologiske fremskritt utsetter oss for. Det er for eksempel godt dokumentert at screening for brystkreft hos kvinner >50 år øker morbiditeten (sykdomsgraden) av brystkreft uten å redusere mortaliteten (dødelighetsgraden) tilsvarende (se bilde). De samme tendensene ser man ved prostatascreening hos menn. Men å diskutere baksiden av medaljen med personer som ikke har den nødvendige faglige bakgrunnen, gjør at vanskelige problemstillinger ofte blir vanskeliggjort av emosjonelle tilknytninger og overbevisninger. Vår iboende hunger etter svar og forståelse farger hvordan vi ser

på verden. Det er over 30 år siden Alan Barsky skrev "The Paradox of Health" i NEJM [1]. Her påpekte forfatteren hvordan vår objektive helse er bedre enn noen sinne, men at en stadig større del av livet tilbringes i subjektiv lidelse. Kort sagt, i det 21. århundre dør vi ikke av alvorlige infeksjonstilstander, men lever lengre liv som gjør at vi får tid til å kjenne på de somatiske sykdommene. Muskelskjelettsmerter, som plasserer seg i skjæringspunktet mellom soma og psyke, er også rammet av disse teknologiske fremskrittene. Pasienter søker konkrete svar på komplekse problemer, og i helsetesen (både offentlig og privat) står vi klare til å tilby undersøkelser og intervensjoner for å imøtekomme disse bekymringene. Vi ser økt bruk av bildediagnostiske modaliteter [2-5] på tross av at vi i stadig større grad eksponeres for svakheter, begrensninger og usikkerheter forbundet med bruken av disse [6-11]. «Jeg har MR om en måned», forteller ofte pasienten. Som at MR-en vil være en behandling i seg selv. Selv

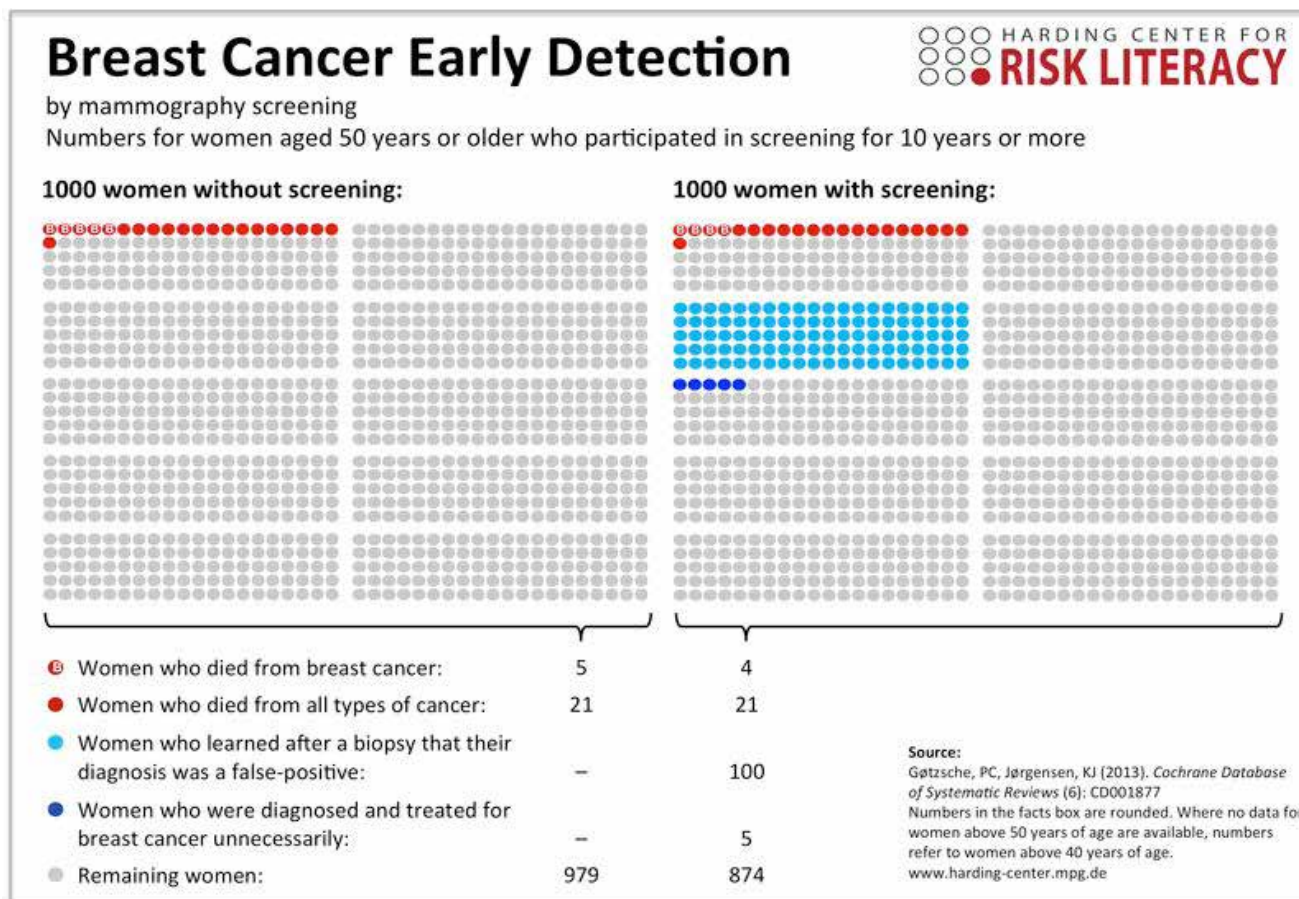
om vi i fagmiljøet er godt skolert i bildediagnostikkens muligheter og begrensninger, tar vi nok ikke høyde for at kunnskapsoverføringen mellom oss og pasienten er en langsom prosess. Og vi har brukt mange år på å overbevise pasienten om bildediagnostikkens fortreffelighet. Nå begynner kanskje arbeidet med å avlære noen av disse etablerte sannhetene?

Bilediagnostikkens (manglende) fortreffelighet

Våre undersøkelser er gjerne grovt delt opp i en sykehistorie- og undersøkelsesdel. Man har tradisjonelt laget et skille mellom det subjektive (som er hva pasienten forteller oss) og det objektive (som er hva vi undersøker selv og gjør en objektiv vurdering av). Men dissekerer man elementene i den objektive undersøkelsen, ser man raskt at også denne farges full av våre subjektive erfaringer og vurderinger. Når man inspiserer en pasient foretar man denne vurderingen med sin bakgrunn, sin viten og sine erfaringer. Det samme

gjelder palpasjonsundersøkelser og ortopediske tester. Vi har etter hvert blitt klar over at mange av de ortopediske testene har begrenset klinisk nytteverdi – i hvert fall i den tradisjonelle konteksten de har blitt undervist [12,13]. Det vi ikke har belyst i like stor grad er hvorfor testene har begrenset verdi. Testenes verdi måles mot en 'gullstandard' – som avhengig av studiedesign typisk er en bildediagnostisk vurdering eller artroskopi. Andre forfattere har allerede påpekt 'gullstandards' brokkete fundament [12] og man kan retorisk spørre: "Hvis jeg ikke har noen fasit – hvordan kan jeg da rette prøven?"

Klinikere har allerede i mange år hvilt seg på bildediagnostikkens fortreffelighet. Det har nærmest gått automatikk i å sende pasienter på røntgen, MR eller ultralyd. Dette har vi gjort med et ukritisk forhold til hvordan dette har påvirket befolkningens tiltro til oss som helsepersonell. I en nylig undersøkelse fra Norge mente 79% av de spurte



Screening for brystkreft

pasientene med nakkesmerter at MR var viktigere enn sykehistorie og undersøkelse i beslutningstakingen [14]. Dette står i sterk kontrast med vår kunnskap om asymptomatiske MR-funn og hvordan bildediagnostikken er en liten del av det totale bildet (se bilde).

Den ikke-objektive bilde-diagnostikken

Vi har i flere år diskutert tilfeldige funn på bilder, uspesifikke tester og hvordan vi fått undervisning i et 'faglig kart' som nå viser seg å stemme dårlig med muskelskjeletterenget vi manøvrerer rundt i. Men, der hvor vi paradoksalt nok har godtatt at subjektiv inspeksjon har en rekke feilkilder, har vi enda ikke diskutert at radiologen som leser bildene foretar vurderingen ut i fra sitt subjektive ståsted. Dette ble godt belyst i 2016 når Herzog undersøkte hvordan 10 forskjellige radiologer vurderte et MR bilde av en korsrygg på den samme pasienten [15]. Man har visst at MR-bilder har vært åpne for feiltolkning gjennom tidligere studier [16-19]. Men dette studiet var det første(!) som har kikket på fortolkningen av funn gjort fra flere radiologer på samme pasient skan-

net i forskjellige sentre over en kort periode.

En 63 år gammel kvinne med korsryggssmerter og radikulerende symptomer ble over en 3-ukers periode MR skannet på 10 forskjellige sentre i USA. To spesialister i radiologi med over 25 års erfaring analyserte bildene og skapte konsensus om funnene, som igjen fungerte som referanserammene for øvrig vurdering. Disse referansene ble deretter brukt for å kalkulere feilmargin hos de 10 øvrige vurderingene (det vises til vedlagte tabell 1). Forfatterne konkluderer med at det alarmerende høye variasjon i tolkningen av bildene:

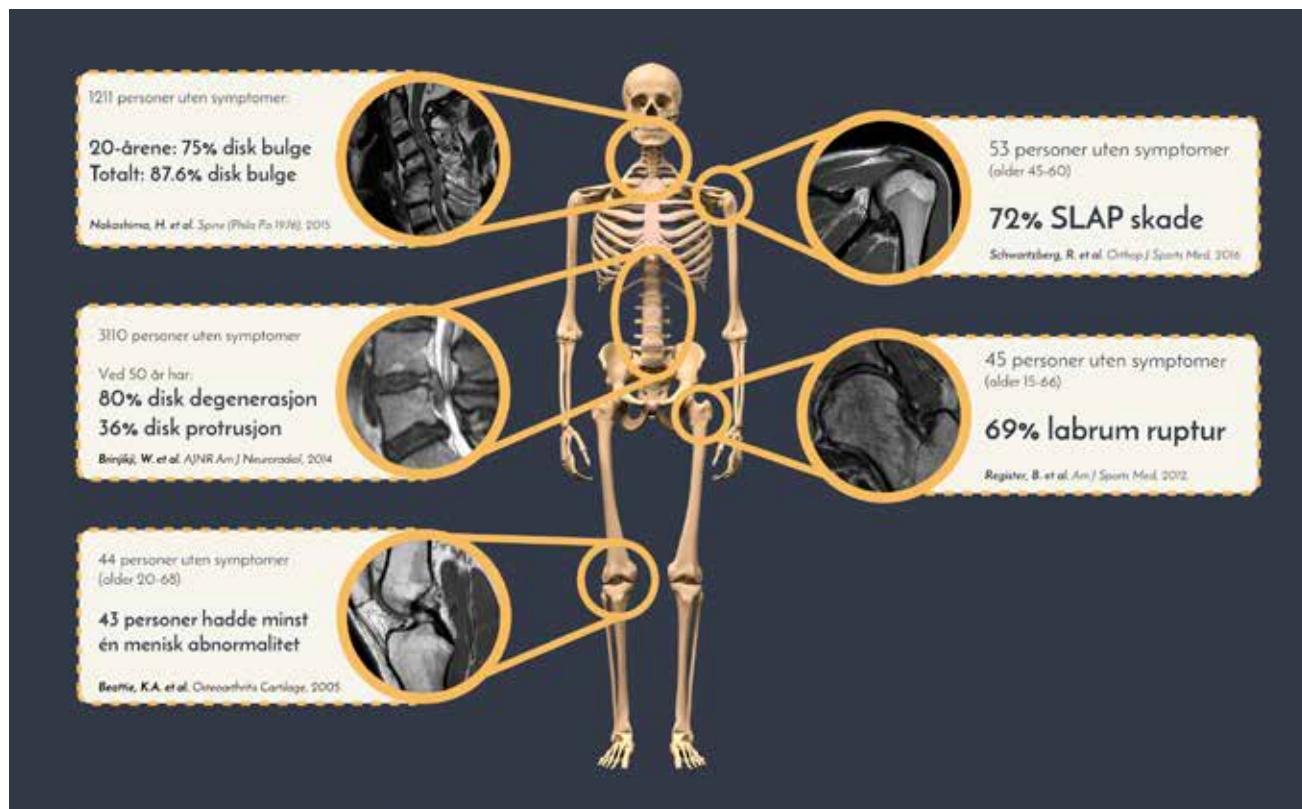
- Det ble totalt beskrevet 49 distinkte funn av de 10 forskjellige radiologene
- Ingen (!) funn ble beskrevet i alle rapportene, og kun ett funn ble beskrevet i 9 av 10 rapporter.
- Av 49 distinkte funn var det >30% som kun ble beskrevet i én av rapportene

Forfatterne benyttet seg en av en Fleiss Kappa Statistic for å beskrive enigheten omkring funnene i de

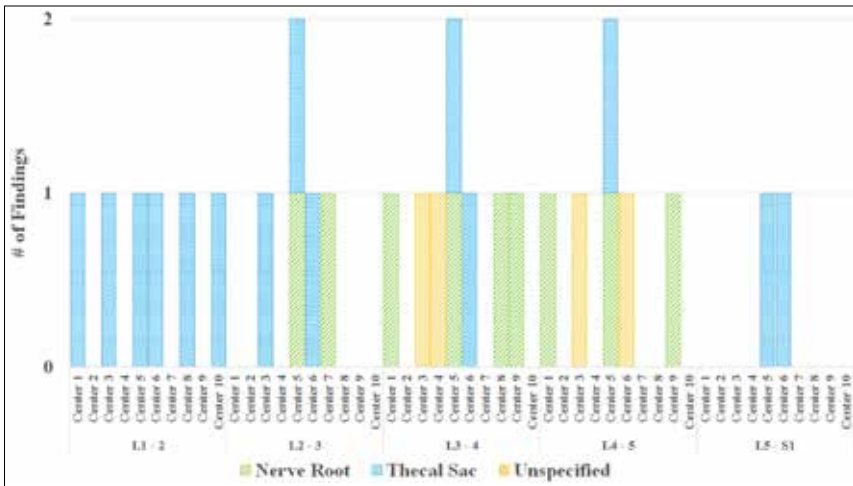
forskjellige rapportene. En Kappa på 1.0 beskriver full (100%) enighet. En verdi på 0 eller mindre beskriver at enigheten ikke er bedre enn et myntkast. Kappaverdien over de ti forskjellige rapportene var på 0.20 ± 0.03 , som betyr svært liten grad av enighet. Det vises for øvrig til vedlagte infografikk (se bilde). Man kan derfor argumentere for at MR, hvert fall i denne settingen, var overraskende upålitelig.

Snakk pent!

MR-diagnostikk (og annen bildediagnostikk) er kommet for å bli. Men belysning av fallgruver og potensielle negative konsekvenser av bruken er viktig å reflektere over, både for klinikere og pasienter. Måten man benytter diagnostikken på i dag er viktig å ha et kritisk forhold til. Økt automatisering og informasjonsgivning mellom klinikere og pasienter medfører at mange pasienter mottar klinisk informasjon via mail, apper og andre digitale kommunikasjonsløsninger. Her er det ikke uvanlig at pasienten mottar en kopi av MR svaret uten noen bakgrunnsinformasjon eller hva disse funnene som er beskrevet faktisk betyr for den enkelte. En MR beskrivelse



Asymptomatiske funn i forskjellige regioner av kroppen



Feilmarginer på forskjellige bildediagnostiske funn i Herzog sin studie

inneholder som kjent en mengde informasjon som i utgangspunktet bare beskriver hva radiologen ser, uten at dette nødvendigvis er av vesentlig relevanse for den aktuelle pasienten. I tillegg benyttes medisinske beskrivelser som pasienten ikke har forutsetninger for å forstå, tolke og vurdere. Dette medfører igjen ofte at pasienter må benytte seg av søkemotorer på nett, som igjen står i fare for å feilinformere en allerede forvirret pasient. Flere studier har sett på ulike tiltak som kan benyttes for å unngå denne feilinformasjonen.

McCullough og kolleger [20] viste at når MR-beskrivelsen inneholdt referanseverdier funnet hos asymptotiske personer, så ble det i mindre grad foreskrevet sterke smertestillende til pasienter med ukompliserte korsryggssmerter. Se for øvrig bildeeksempel på hvordan bildebeskrivelsen hadde vedlagt informasjon som plasserer funnene i en favorabel kontekst. I en helt ny studie undersøkte Rajasekaran og kolleger [21] hvordan pasientene tolker funnene når de mottar en vanlig ord-for-ord beskrivelse

av MR bildene, sammenlignet med de pasientene som mottar en mer klinisk rettet forklaring på bildene hvor funnene presenteres i konteksten av det kliniske problemet. Som ventet, viste pasientene som mottok en klinisk forklaring mindre smerte, mindre funksjonsnedsettelse og mer favorabel prognose under oppfølging. De konkluderer med at rutinemessig rapportering av MR bilder ut fra beskrivelsen gir dårlige utfall for pasienter og medfører et negativt inntrykk av pasientens ryggelse. En fokusert, klinisk rapportering som søker å forklare funnene i pasientens kontekst ut i fra personens utgangspunkt og forståelse medfører bedre prognose, økt funksjon og mindre smerte i en populasjon med ukompliserte korsryggssmerter.

Avslutningsvis ser det ut til at mantraet «vi behandler ikke vonde rygger, vi behandler personer med vonde rygger», vil være gjeldende i overskuelig fremtid. Og basert på moderne kunnskap, så er noe av det viktigste å «snakke pent» til pasienten med muskelskjelettplager.

Se referanser/kilder side 36.



Infografikk basert på studiet til Herzog et al 2016