

– mer enn 50 % får i dag en kreftdiagnose i løpet av livet – mens dødeligheten er uforandret (2). Siden det ikke har skjedd noen stor revolusjon i kreftbehandling, og siden eksponering for virus, bakterier og andre ytre faktorer som kan gi kreft i dag er mindre enn for 50 år siden, vil jeg påstå at dette per definisjon er overdiagnostikk (3). Det vil si at rundt en firedel av befolkningen blir overbehandlet for kreft i dag, eller rundt halvparten av pasientene. For andre sykdommer som depresjon og ADHD, er overbehandling et enda større problem (4, 5) – her er mer enn halvparten overbehandlet.

Per-Henrik Zahl

Per-henrik.zahl@fhi.no

Per-Henrik Zahl (f. 1961) er forsker ved Folkehelseinstituttet.

Ingen oppgitte interessekonflikter

Litteratur

1. Gjessing H. Overbehandling, underbehandling eller riktig behandling? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 577.
2. The NORDCAN project. www-dep.iarc.fr/NORDCAN/english/frame.asp [28.4.2014].
3. Welch HG, Black WC. Overdiagnosis in cancer. J Natl Cancer Inst 2010; 102: 605–13.
4. Editorial board. An Epidemic of Attention Deficit Disorder. New York Times 18. dec 2013. www.nytimes.com/2013/12/19/opinion/an-epidemic-of-attention-deficit-disorder.html?_r=0 [28.4.2014].
5. Keshavarz H, Fitzpatrick-Lewis D, Streiner DL et al. Screening for depression: a systematic review and meta-analysis. CMAJ Open 2013; 1: E159–67.

enkelte pasient. Men i kliniske sammenhenger bør verktøyet brukes med kritisk sans. Det er fortsatt nyttig (og lovlig!) med klinisk vurdering både av funksjon og smerteatferd. Dette gjelder særlig der man vurderer å gjøre vesentlige endringer i smertebehandlingen.

Jan Kolflaath

ja-kolfl@online.no

Jan Kolflaath (f. 1947) er overlege ved Smerteseksjonen, SØ, Fredrikstad.

Ingen oppgitte interessekonflikter

Litteratur

1. Faiz KW. VAS – visuell analog skala. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 323.
2. Rowbotham DJ, Macintyre PE. red. Acute Pain. Bd. 1 i serien Clinical Pain Management. London: Arnold, 2003
3. Moore A, Moore O, McQuay H et al. Deriving dichotomous outcome measures from continuous data in randomised controlled trials of analgesics: use of pain intensity and visual analogue scales. Pain 1997; 69: 311–5.
4. Mantha S, Thisted R, Foss J et al. A proposal to use confidence intervals for visual analog scale data for pain measurement to determine clinical significance. Anesth Analg 1993; 77: 1041–7.
5. Max UB, Laska EM. Single-dose analgesic comparisons. I: Max MB, Portnoy RK, Laska E, red. The design of an analgesic clinical trials. Bd. 18. New York, NY: Raven Press, 1991: 55–95.
6. Collins SL, Moore RA, McQuay HJ. The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimetres? Pain 1997; 72: 95–7.
7. Farrar JT, Young JP Jr, LaMoreaux L et al. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. Pain 2001; 94: 149–58.

Re: VAS – visuell analog skala

Det er fortjenstfullt at Kashif Waqar Faiz i nr. 3/2014 av Tidsskriftet omtaler VAS (= visual analog scale) og andre smertegraderingsredskaper (1). Slike verktøy har stor utbredelse og er nyttige. Det hadde derfor vært fint med en mer omfattende og nøyaktig omtale.

For det første er både illustrasjon og omtale av VAS feil. VAS-linjalen er en ikke-gradert skala der pasienten angir sin smerte et sted mellom «ingen smerte» til «verst tenkelig smerte». Under søkeren leser deretter av mer «nøyaktige smerteangivelse» på baksiden av linjalens ved hjelp av skyvelær. Angivelse av smerte blir mer sensitiv enn på en forhåndsgradert smerteskala (4,3 i stedet for 4). I klinisk praksis er VAS-linjal lite brukt (2).

NRS (= numeric rating scale) er mer vanlig. Pasienten angir sin smerte på en linjal som er gradert fra 0 til 10. Også her er ytterpunktene «ingen smerte» og «verst tenkelig smerte». NRS og VAS er ganske like, men med mer statistisk styrke hos VAS (3, 4).

Andre smertegraderingsverktøy er bildeskala, for eksempel med ansiktsuttrykk til barn, og kategoriskala (VRS = verbal rating scale), hvor pasienten velger mellom fem adjektiver som beskriver grad av smerte. Faiz anbefaler benevnelsen VKS.

Min erfaring er at de fleste sykepleiere og leger i praksis bruker VNRS (verbal numeric rating scale), som Faiz velger å kalle VNS. Man graderer smerte uten bruk av noe redskap. Pasienten blir spurt hvor vondt han har, på en skala fra 0 til 10.

Tallmessig angivelse av subjektiv smerteopplevelse kan være problematisk. Kritisk holdning til bruk av tall er derfor viktig: NRS = 5 hos en person tilsvarer ikke «like mye smerte» som 5 hos en annen. NRS = 6 er ikke dobbelt så mye som 3 (5).

Våre smerteangivelser bør også vurderes ut fra kontekst:

Er situasjonen preget av trygghet og tillit eller utrygghet og angst? Pasienter kan uttrykke seg på mange måter: «Hvis 10 er den verste smerten, da har jeg sikkert 14!»

«Moderat smerte» beskrives med verdier > 3 (mean verdi på 4,9). «Intens smerte» (severe) er smerte over 5,4 (mean verdi på 7,5) (6).

I smerteforskning kan en statistisk signifikant endring i NRS eller VAS likevel være irrelevant rent klinisk. En reduksjon må være rundt 30 % for å oppleves meningsfull (7).

Konklusjonen blir altså at smertegraderingsverktøy er nyttig i forskningssammenheng og for å følge smerteutvikling hos den

Re: Strukturert e-journal

Bjugn og medarbeidere diskuterer i Tidsskriftet (1) behovet for en strukturert elektronisk patologirapport og refererer til et prosjekt fra Ontario, Canada. I artikkelen konkluderer forfatterne med at Helsedirektoratet bør inngå et samarbeid med College of American Pathologists for å integrere en norsk utgave av den amerikanske løsningen for elektronisk patologirapportering i norske elektroniske pasientjournalssystemer. Vi støtter forfatterne i at en større strukturering av patologiremissen er nødvendig, men vi tror ikke dette skal gå via import av en amerikansk løsning.

Det pågår allerede et stort arbeid nasjonalt med standardisering og strukturering av den elektroniske journalen, bl.a. gjennom e-Helse-satsingen i Helsedirektoratet. Den norske patologforening er aktiv i arbeidet med standardisering og kvalitetssikring av patologdata, bl.a. gjennom en nylig oppdatering av *Veileder i biopsibesvarelse av maligne svulster* (2).

Kvalitetsutvalget i foreningen jobber nå med en oppgradering av kodeverket SNOMED, kodeverket som benyttes ved norske patologiavdelinger, noe som vil bidra til en ønsket strukturering av patologiremissene.

Hassell og medarbeidere (3) har sett på erfaringer fra fire patologilaboratorier i tre forskjellige amerikanske stater med de amerikanske elektroniske malene utarbeidet av College of American Pathologists. Forfatterne oppsummerer erfaringene med en standardisert avkrysning i en patologiremisje som særlig nyttig for kreftregisterne, og ikke fullt så nyttig for patologer eller klinikere.

Patologiremissene er primært et verktøy for at klinikere kan planlegge riktig behandling. I tillegg til histopatologisk informasjon inneholder dagens patologiremisje også informasjon om genetik, proteomikk og epigenetik, bl.a. for å kunne bidra til en persontilpasset kreftbehandling. Det er viktig at en strukturering av patologiremissen er robust og fleksibel nok til å bidra til både diagnose, prognose og riktig terapi.

Kvalitetsutvalget i Den norske patologforening jobber videre med økende standardisering gjennom diagnostiske maler, slik at patologiremissene blir mer strukturerte. Foreningen skal også i samarbeid med Helsedirektoratet jobbe videre med kodeverket. Dette vil være nyttig for kvalitetssikring av patologidata i Kreftregisteret, andre registre og som et ledd i egen intern kvalitetssikring.

>>>