

NÅR MER DIAGNOSTIKK GIR DÅRLIGERE HELSE

Tekst: Jørgen Jevne, kiropraktor, fysioterapeut og fagrådgiver i Norsk Kiropraktorforening

MAI 2026

Bruken av MR har økt kraftig de siste årene. Til tross for at mange av undersøkelsene ikke fører til endret behandling eller prognose, setter de ofte i gang forløp som verken gagnar pasienten eller helsetjenesten.

MR har vært en viktig medisinsk revolusjon de siste femti årene og er i dag å anse som en av moderne medisins aller viktigste diagnostiske verktøy. Strukturer vi tidligere måtte tolke indirekte via tester og blodprøver, kan nå visualiseres på en skjerm. På den måten har MR gitt oss en helt ny forståelse av muskel- og skjelettsystemet. Når det brukes riktig er det en av våre mest verdifulle diagnostiske verktøy. De fleste klinikere som henviser til MR i sin daglige praksis vil nok være enig i at det er et helt uunnværlig verktøy.

Spørsmålet er ikke om MR er nyttig – men hva dagens bruk sier om hvordan helsetjenesten fungerer

Samtidig ser vi at MR i mange tilfeller har fått en stadig større rolle i klinisk praksis. I stedet for å være et supplement til en grundig klinisk vurdering, brukes bildediagnostikk ofte tidlig i forløpet, og noen ganger som erstatning for klinisk

undersøkelse. Dette er problematisk fordi forskning viser at når pasienter henvises på feil grunnlag, er det stor risiko for at tilstanden deres faktisk forverres. Dette er ille når vi vet at det i dag er mange pasienter som henvises på feil grunnlag.

Kliniske retningslinjer og anbefalinger er tydelige; de anbefaler at pasienter med muskelskjelettplager som ikke har vært utsatt for traume/skade, skal behandles i førstelinjen. Bilde-diagnostikk skal være forbeholdt et fåtall da et bilde ikke vil endre verken behandlingen eller prognosen. Dette er også i tråd med prinsippene i «Gjør Kloke Valg», hvor målet er å gjøre mer av det som virker – og mindre av det som ikke gjør det.

Likevel brukes bildediagnostikk i et omfang som verken gir bedre behandling eller bedre helse. Resultatet er lengre ventetider, økte kostnader – og pasienter som i noen tilfeller blir sykere. Spørsmålet er ikke om MR er nyttig, men hva dagens bruk sier om hvordan systemet vårt fungerer. Hva er det som driver denne utviklingen?

Et økende volum – uten tydelig gevinst

I Norge gjennomføres rundt en halv million MR-undersøkelser årlig. Eksakt hvor mange av henvisningene som omhandler muskelskjelettplager vet man ikke, men vi vet at omtrent én fjerdedel av alle henvisninger er rettet mot ryggspylen, noe som betyr over 150.000 skanninger årlig. Det er liten tvil om at en stor andel av disse undersøkelsene vil i medisinsk forstand anses som *unødvendige*, der hvor retningslinjene i de fleste tilfellene anbefaler at de *ikke gjøres*. For mange av disse pasientene vil ikke ett MR-bildet endre behandlingsforløpet, eller prognosen. Likevel vet vi at disse bildene i seg selv er en driver for en kjede av videre utredning og tiltak.

Fra et samfunnsmedisinsk perspektiv er dette problematisk på flere nivåer:

- Selve bruken av MR er ressurskrevende og dyrt for velferdsstaten

- Det er lange køer i det offentlige systemet. For hver henvisning som sendes unødvendig og for «sikkerhets skyld» øker ventetidene for alle. Denne ventetiden kan medføre at pasienter med riktig indikasjon må vente lenger med potensielt alvorlige konsekvenser for individet
- På tross av dårlig indikasjon kan bildediagnostikken medføre «funn» som gjør at pasienten henvises videre i systemet hvor man agerer på noe som kan være tilfeldig funn – dette har man blant annet sett ved diverse helsesjekker og screeninger

Når funn skaper sykdom

Et bilde sier mer enn tusen ord, men ofte kan MR-bildet fortelle en historie som ikke verken er sann eller har betydning. Selv om det aldri er intensjonen fra helsepersonellet som henviser, er dette en uheldig konsekvens av den avanserte bilde-teknologien.

MR er en svært sensitiv undersøkelse, og dette detalj-nivået kommer med en pris: man finner noe hos nær sagt alle. I akademiske kretser er det godt kjent at funn på MR øker med alder. Dette er også grunnen til at Legeforeningens interessegrupper ber henvisere unngå å gjøre unødvendig bildediagnostikk av pasienter over 65 år. Tidligere tilskrev man funnene på MR til

smerter, for eksempel en degenerert mellomvirvelskive eller en ruptur i en sene i skulderen. I dag vet man at disse funnene er så vanlige at de i stor grad må betraktes som uttrykk for normal aldring. Likevel kan disse funnene få stor betydning når de først er avdekket.

Et bilde kan føre til et funn. Et funn kan føre til bekymring. Bekymring kan lede til behov for avklaring. Og enkle avklaringer kan ende opp med å eskalere til invasive behandlinger som innebærer både risiko og kostnader. Uten at disse betyr friskere pasienter.

Mange pasienter ønsker å «være på den sikre siden», uten at de reflekterer over at et MR-bilde kan vise et tilfeldig funn som sannsynligvis har vært der over tid uten å skape plager.

52 % ville latt seg operere i korsryggen dersom det var funn på MR – selv om de ikke hadde smerter.

I en studie fra USA ville hele 52 % av de spurte latt seg operere i korsryggen dersom det var funn på MR – selv om de ikke hadde smerter. I en undersøkelse fra Norge svarte 46 % at de ville gjort det samme ved MR funn i nakken. Dette belyser en tydelig avstand mellom medisinsk kunnskap og pasienters helseforståelse.

Det man vet er forskningsforankret riktig behandling vil ofte gå på tvers av pasienters overbevisning og ønske.

I et informasjonssamfunn hvor alle pasienter kan søke kunnskap selv gjennom (usikre) kilder, er det å veilede pasienter gjennom jungelen av informasjon, for å gi gode, trygge og effektive råd i håndteringen av deres plager, kanskje noe av den aller viktigste jobben vi gjør. Dessverre vil ofte mer utredning og mer avansert behandling veldig sjelden være den riktige løsningen.

Så hvorfor henviser vi likevel?

Når vi vet at mange funn er tilfeldige, og vi vet at de likevel kan drive videre behandling – hvorfor henviser vi fortsatt så ofte?

En studie fra Oslo universitetssykehus gir et interessant bilde; av 632 henvisninger fra primærhelsetjenesten:

83 % inneholdt sykehistorie
57 % beskrev klinisk undersøkelse
91 % inkluderte MR

Med andre ord: Nær sagt alle pasientene var sendt til bildediagnostikk, mens bare litt over halvparten hadde en dokumentert klinisk undersøkelse i forkant.

Dette illustrerer avstanden mellom retningslinjer og praksis.

For klinikerer er det ofte enklere og mer tidsbesparende å henvise til MR. Samtidig møter det pasientens forventninger og ønsker. Alternativet – å gjøre en grundig klinisk vurdering, og deretter bruke tid på å forklare hvorfor MR ikke er nødvendig – er betydelig mer krevende. Det er derfor sannsynlig at økningen i MR-henvisninger drives av flere overlappende faktorer:

- Klinikerer behov for å være på den sikre siden
- Pasienters forventninger og ønsker
- Et system som gjør det enklere å henvise enn å følge opp
- Tidspress i klinisk praksis

Vi ser også at henvisningspraksis varierer betydelig. En liten andel henvisere står for en stor del av volumet. Dette peker mot en strukturell utfordring: I hvilken grad er det systemet rundt klinikerer som påvirker beslutningene – mer enn kunnskapen alene? Og videre: Hva skjer når det er enklere å henvise videre enn å følge opp selv?

Sterkere klinikerer og rammer som former valg

Det er for mange logisk at løsningen ligger i mer kapasitet eller raskere tilgang til diagnostikk. Litteraturen viser imidlertid at det vi intuitivt oppfatter som riktig, ikke nødvendigvis gir bedre pasientforløp. Mer og raskere diagnostikk fører ikke automatisk til raskere avklaring eller bedre behandling. Utfordringen ligger et annet sted.

For det første trenger klinikerer støtte fra systemet rundt seg. I dag er det ofte for enkelt å henvise til MR «for sikkerhets skyld». Når terskelen for bildediagnostikk er lav, og alternativet er mer tidkrevende oppfølging, påvirker det beslutningene som tas i klinisk praksis. Både den offentlige helsetjenesten og private aktører har derfor et ansvar for å sikre at henvisning til bildediagnostikk i større grad er i tråd med faglige anbefalinger.

Samtidig handler dette også om klinikerrollen. Vi trenger trygge fagpersoner som evner å stå i usikkerhet, gjøre gode kliniske vurderinger og kommunisere tydelig med pasienter. I mange tilfeller er det ikke mangel på kunnskap som er utfordringen, men evnen til å forklare hvorfor mer diagnostikk ikke nødvendigvis gir bedre svar. Det krever både faglig trygghet og gode relasjonelle ferdigheter.

Å avstå fra å henvise kan ofte være det riktige valget – men også det mest krevende.

Konklusjon

Overforbruk av MR handler ikke bare om én undersøkelse. Det berører grunnleggende spørsmål om hvordan vi prioriterer i helsetjenesten. Når diagnostikk brukes i et omfang som i liten grad endrer behandling eller prognose, utfordres sentrale prinsipper: Hva gir faktisk verdi for pasienten? Hvordan påvirker tilgjengeligheten av MR bruken og etterspørselen etter undersøkelser? Og hvordan balanserer vi pasient-forventninger mot faglige anbefalinger?

Samtidig utspiller dette seg i det enkelte pasientmøtet. I det øyeblikket henvisningen skrives, er mye allerede satt – ikke fordi pasienten nødvendigvis trenger et bilde, men fordi det er enkelt å ta det. I dag er det få barrierer mot å henvise til MR, selv når indikasjonen er svak. Det har i praksis få, eller ingen, konsekvenser for klinikerer. Men konsekvensene gjør seg gjeldende et annet sted. For samfunnet, i form av økte kostnader og økt press på et allerede presset system. Og enda viktigere, for pasienten, i form av bekymring, nye undersøkelser – og i noen tilfeller behandling som ikke er medisinsk nødvendig.

Spørsmålet er derfor hvilke rammer som gjør det enkelt å gjøre det feil – og vanskelig å gjøre det riktige.

Hvordan vurderer vi verdien av diagnostikk når den i liten grad endrer hva vi faktisk gjør?

I hvilken grad bidrar praksisen til å skape etterspørsel etter behandling som ikke er nødvendig?

Og hva skal til for å gjøre det enklere å la være – når det er det riktige valget?

Kilder:

1. Bjerneboe, J., et al., Referrals to the specialist health service for patients with neck or back pain. Tidsskr Nor Lægeforen, 2025. 145(9).
2. Webster, B.S., et al., Iatrogenic consequences of early magnetic resonance imaging in acute, work-related, disabling low back pain. Spine (Phila Pa 1976), 2013. 38(22): p. 1939-46.
3. Gjør Kloke Valg; <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/anbefalinger/>.
4. Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje for bildediagnostikk ved ikke-traumatiske muskel- og skjelettlidelser, www.helsedirektoratet.no/publikasjoner. 2014.
5. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). Helseatlas for bruk av bildediagnostikk – Radiologi i Norge. Tromsø: SKDE; 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.skde.no>.
6. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). Radiologiatlas – MR, CT og røntgen i spesialisthelsetjenesten. Tromsø: SKDE; 2023. Tilgjengelig fra: <https://apps.skde.no/helseatlas/>.
7. Andersen, E.R., et al., The use of low-value imaging: the role of referral practice and access to imaging services in a representative area of Norway. Insights Imaging, 2023. 14(1): p. 29.
8. Enden, T., On the dating market. Tidsskr Nor Lægeforen, 2024. 144(7).
9. Schwartzberg, R., et al., High Prevalence of Superior Labral Tears Diagnosed by MRI in Middle-Aged Patients With Asymptomatic Shoulders. Orthop J Sports Med, 2016. 4(1): p. 2325967115623212.
10. Brinjikji, W., et al., Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations. AJNR Am J Neuroradiol, 2014.
11. Moosmayer, S., et al., The natural history of asymptomatic rotator cuff tears: a three-year follow-up of fifty cases. J Bone Joint Surg Am, 2013. 95(14): p. 1249-55.
12. Register, B., et al., Prevalence of abnormal hip findings in asymptomatic participants: a prospective, blinded study. Am J Sports Med, 2012. 40(12): p. 2720-4.
13. Franz, E.W., et al., Patient misconceptions concerning lumbar spondylosis diagnosis and treatment. J Neurosurg Spine, 2015. 22(5): p. 496-502.
14. Weber, C., et al., Patients' beliefs about diagnosis and treatment of cervical spondylosis with radiculopathy. Acta Neurochir (Wien), 2017.
15. Koh, H.K. and R.E. Rudd, The Arc of Health Literacy. JAMA, 2015.