

II. Overdiagnostikk og overbehandling

Mette Hjermann, assisterende fylkeslege.

Tidligere fastlege og LIS i fysikalsk medisin og rehabilitering,
nå LIS 3 i samfunnsmedisin.



Statsforvalteren i Oslo og Viken





Film

<https://youtu.be/lf75BuI5KiI>

- Pasientspørsmålene:
 - Hvorfor må jeg ta denne tesen/behandlingen?
 - Hva er risiko og bivirkninger?
 - Hva skjer om jeg ikke gjør det?
 - Finnes det alternativ?



Noen begreper

- Sykdom
 - Tilstand kjennetegnet av negativt funksjonsavvik, symptomer og at den er skadelig,
- Medikalisering
 - alminnelige fenomener (slik som sorg, engstelse, store/små mamma) blir gjort til et medisinsk anliggende.
- Feildiagnose: falsk positive tester
- Overdiagnostikk:
 - aktuelle tilstandene allerede definert som medisinsk relevante (HT, celleforandringer, blodprøver) som i noen tilfeller kan føre til sykdom. Problemet ved overdiagnostikk er altså at man ikke vet om disse endringene vil medføre sykdom eller ikke for den enkelte pasient.



Hva er overdiagnostikk?

- Hva er det?
 - «Diagnostikk av en medisinsk tilstand som ikke ville ført til plager, symptomer eller død dersom den var forblitt uoppdaget.» Falsk positiv test er noe annet
- Årsak:
 - usikkerhet om sammenhengen mellom den identifiserte tilstanden og utvikling av sykdom
 - Forholdet mellom forstadiet / tilstand – sykdom er sjeldent 1:1
- Eksempel:
 - PSA verdier forhøyet
 - Polypper i tarmen
 - hyperlipidemi
 - Hypertensjon
 - Metabolsk syndrom



Omfanget av overdiagnostikk

- Økende med utviklingen av nye tester som finner forstadier man ikke vet utvikler seg til sykdom
- Uenighet knyttet til omfanget
- Måles indirekte:
 - vi vet ikke hva som ville ha skjedd med pasienten dersom tilstanden ikke hadde blitt oppdaget (og behandlet).
- Man kan ikke avgjøre om en konkret person er overdiagnostisert
- Beregnes derfor på gruppenivå:
 - Hvor mange flere som blir diagnostisert med screening enn uten/ forekomst uten screening (usikkerhet)



Drivere for overdiagnostikk

- Lege og pasient ønsker å påvise tilstander som kan utvikle seg til sykdom tidlig
 - bidra til å redusere risikoen for å få eller dø av sykdom
 - redde for å overse sykdom
 - indikasjonene utvides (og derved sykdomsbegrepet)
 - medier setter søkelys på oversett sykdom (underdiagnostikk)
- Helseangst og behov for avkreftelse
- Industriens utvikling av ny teknologi
 - Nye og mer følsomme diagnostiske verktøy gjør at man finner stadig mildere tilstander
 - dannes et feilaktig inntrykk av at det i samfunnet finnes et voksende helseproblem
 - øker suksessraten når man behandler mildere tilstander
 - mer investeres i forbedret diagnostikk. Slik kan man få en selvforsterkende prosess.



Når gjør vi dette oftest?

- Tester for tidlig diagnostikk:
 - Screening: å finne endringer før de er blitt manifest sykdom
- Diagnostisering av risikotilstander som ikke gir symptomer i seg selv
 - HT, hyperlipidemi, metabolsk syndrom,
- Nye diagnostiske tester som identifiserer tilstander (indikatorer, markører) som kan gi sykdom



Prisen enkeltmennesker betaler for overdiagnostikk?

- Belastningen ved å få en unødvendig diagnose eller behandling for en sykdom du ikke ville fått uansett
 - Eksempel
 - PSA, prostatakreft og prostatectomi.
 - Myalgi ved statiner..
 - Slitenhet ved blodtrykksmedisiner, redusert aktivitet..
 - Mammografiscreening:
 - Fem kvinner må bli overdiagnostisert (og behandlet) for at en kvinne reddes fra brystkreft



Legemiddelbehandling

- NNT *“number needed to treat”*
 - antall som må behandles for at en skal bli frisk
- NNH *“number needed to harm”*
 - antall behandlet for at en skal få en bivirkning
- Statiner i 5 år uten kjent hjertesykdom:
 - NNT: 104 for hjerteinfarkt, 154 for slag.
 - NNH: diabetes: 100, muskelplager: 10
- Stent ved stabil hjertesykdom
 - NNH: 50 for alvorlig komplikasjon
- Hyertensjonsbehandling ved 140-159/90-99 uten hjerte-kar sykdom fra før :
 - NNT: ingen effekt på død, slag, hjertesykdom, hjerte kar hendelse
 - NNH: 12



«Gjør kloke valg»

- Netts
 - Pasie
1. Ikke foreta «pakke-bestilling» av blodprøver - vurderer spesifikk indikasjon for hver enkelt prøve.
 2. Ikke oppfordre friske mennesker til regelmessig helseundersøkelse uten symptomer eller kjent risikotilstand.
 3. Ikke start medikamentell primærforebygging før total risiko er funnet og fordeler og ulemper med behandling er drøftet med pasienten.
 4. Ikke måle PSA uten først å vurdere risiko og indikasjon ved hjelp av anamnese og klinisk undersøkelse.
 5. Ikke forskriv NSAID uten at det foreligger spesifikk grunn og risiko for bivirkninger er vurdert.

Lykke til!!!



Fylkesmannen i Oslo og Viken

