

Overdiagnostikk og – det største problemet i moderne

■ GISLE ROKSUND

fastlege ved Klosterhagen legesenter,
spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin

Moderne medisin har gjort og gjør mye bra. Alvorlige sykdommer som tidligere var forbundet med mye plager og den sikre død, behandles i dag med god effekt. Men stadig flere mennesker får også et økende ubehag av uheldige sider ved utviklingen. Medikalisering, «disease mongering», overdiagnostikk og overbehandling er begreper som er mye brukt.

Bekymrede stemmer kom allerede på 1970-tallet med I Illich (1), i 1990 med Petr Skrabanec (2), og blant annet i 2000 med vår egen kollega Elisabeth Swensen (3), som et resultat av mange års tankeprosess og diskusjoner i daværende Norsk Selskap for Allmenmedisin, NSAM (4) og denne foreningens «Risikoprojekt».

Utover 2000-tallet har antall artikler om medikalisering og overdiagnostikk nærmest eksplodert. Internasjonalt har *British Medical Journal (BMJ)* ledet an med en redaksjonell linje som har satt kritisk søkelys på utviklingen. BMJ har nå en kampanje gående: «Too

Much Medicine» (5). *Scandinavian Journal of Primary Health Care* har også hatt flere lederartikler om emnet. Også australieren Roy Moynihan (6) og amerikanere som Gilbert Welch (7) og Allen Frances (8) og en rekke andre fagfolk er på banen. Amerikanerne er endelig i gang med sin egen kampanje: «Choosing Wisely» (9). *JAMA* og *Annals of Internal Medicine* har også vist økende interesse for dette problemområdet.

Her nord har arbeidsgruppene Nordic Rick Group (10), AFE Trondheim (11) og NFA (12) levert verdifulle bidrag.

«Preventing Overdiagnosis»

Den første internasjonale kongressen om emnet, Preventing Overdiagnosis, ble holdt i Dartmouth (13) utenfor Boston 10.–12. september i år. Over 300 interesserte fra 28 land deltok; her var radiologer, onkologer, pediatere, kardiologer, allmennleger, akademikere, klinikere, administratorer og redaktører. Konferansen var et samarbeid mellom Dartmouth Institute, BMJ, Bond University i Australia og Consumers Report i USA. Norden var godt representert med deltakere og bidragsyttere. Overdiagnostikk og overbehandling ble løftet frem så bredt som mulig på to og en halv dag. Konferansen var særdeles spennende, og vil etter planen bli fulgt opp med en ny konferanse i Oxford i oktober 2014.

Hva dreier så det hele seg om? Alle klinikere kjenner mer eller mindre på tendensen til overdiagnostikk og overbehandling når man er usikker. Hver dag rekvireres prøver og undersøkelser for å være «på den sikre siden». Jo mer usikker man føler seg, jo mer ønsker man å sikre seg. Mange føler en utrygghet for ikke å oppdage en alvorlig tilstand som kan ligge til grunn for pasientens symptomer. Alle kjenner til historier fra medieoppslag og rettsaker, selv om vi her på berget fortsatt er langt unna amerikanske tilstander.

Tre hovedområder for overdiagnostikk

Problemet overdiagnostikk og overbehandling dreier seg om noe langt mer – og *systemisk*. Overdiagnostikk gjør seg først og fremst gjeldende innen tre hovedområder: risikotilstander og definisjon av kroniske lidelser, kreftdiagnostikk og andre konsekvenser av nytt og svært sensitivt medisinsk- teknisk utstyr, samt utvidelse av kriteriene for psykiatriske diagnoser.



overbehandling

vestlig medisin?

Risikotilstander og kroniske lidelser

De siste tiårene har vi sett en betydelig reduksjon av mål og intervensjonskriterier for både risikotilstander og kroniske lidelser. Kriteriene er redusert for hva som betraktes som høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå, diabetes, astma, hjerteinfarkt, hjertesvikt, osteoporose, kronisk nyresykdom og annet. For alle disse tilstandene er anbefalte intervensjonsgrenser og behandlingsmål redusert i et slikt omfang, at svært få, om noen i det hele tatt, vil unngå behov for individuell medisinsk oppfølging om man skal følge anbefalte retningslinjer bokstavelig. Det er skrevet rikelig med artikler om dette i tidsskriftene som er nevnt ovenfor, og BMJ har nå som ledd i sin «Too Much Medicine»-kampanje stadig nye numre hvor det fokuseres systematisk på dette. Grensene mellom risikotilstander og sykdommer, og mellom forebygging og behandling, er blitt ganske så uklare (14).

Hvorfor er f.eks. type 2-diabetes definert som en kronisk sykdom og ikke en risikotilstand? Diagnosen stilles kun på grunnlag av laboratorieverdier, og vanligvis ingen symptomer. Etter min oppfatning er de såkalte komplikasjonene som hjerte-kar-sykdom og nefropati de virkelige sykdommene. Men så skal man selvsagt ikke undervurdere den reelle fare for fremtidig sykdom, og derfor behov for forebyggende tiltak.

Kreft og insidentalomer

Økende bruk av stadig mer raffinert teknologi og mer sensitive, men uspesifikke tester, har blant annet ført til at en rekke «kreftformer» øker betydelig i omfang uten tilsvarende endring i dødelighet. Det gjelder f.eks. kreft i prostata, bryst, nyre, thyroidea samt melanomer. Det eksisterer ingen sikre tall på dette, men i Dartmouth var det en utbredt oppfatning at det aller meste av økningen i insidens av disse kreftformene sannsynligvis skyldes overdiagnostikk. Man finner ved screening og som tilfeldige funn, såkalte



CT/PET-skanneren er et ikon på moderne medisinsk diagnostikk – men økende bruk av stadig mer raffinert teknologi fører til at en rekke «kreftformer» øker betydelig i omfang uten tilsvarende endring i dødelighet. ILLUSTRASJONSFOTO: JOHANY LÓPEZ (SXC)



Rammene for hva som er normalt, er så trange at et hvilket som helst barn kan risikere å bli definert som avviker, skriver forfatteren. ILLUSTRASJONSFOTO: MICHAEL ZIMMERMANN (SXC)

insidentalomer; små svulster som i mikroskopet betraktes som kreftsvulster, men som ikke er programmert for videre vekst, og som derfor aldri ville gitt verken plager, sykdom eller død om de hadde forblitt uoppdagede. Eivind Meland har treffende kalt dette for «pseudo-kreft» (15). Problemet er selvfølgelig at ingen på diagnosetidspunkt kan si hvilke svulster som vil føre til sykdom, og hvilke som ikke vil det. Legene har lim på fingrene når funnet først er gjort. Gilbert Welch har beskrevet dette i boka *Overdiagnosed*.

Tilsvarende skriver BMJ (16) i juli i år at moderne CT-lungeangiografi er så sensitiv at man finner mange bittesmå lungeembolier som aldri vil få klinisk betydning, og at dette fører til overdiagnostikk og overbehandling av lungeembolier.

Psykiatriske diagnoser

Innen psykiatrien har vi sett en svær økning i antall diagnoser de senere årene. I forbindelse med den siste revisjonen av den amerikanske

diagnosemalen for psykiatriske lidelser, DSM-5, er kriteriene for diagnoser innen bipolarspekteret, ADHD, samt autismspekteret ytterligere redusert. I USA har nå hver femte high school-gutt mellom 14 og 18 år diagnosen ADHD, og halvparten av dem bruker sentralstimulerende midler for å bedre konsentrasjonsevnen (17). Allen Frances ledet arbeidet med DSM-IV, og har sett hvor galt dette bærer av sted. Han har nå vært, og er fortsatt, den skarpeste kritiker av DSM-5, og sier at DSM-5 vil føre til en rekke nye, falske epidemier innen autismspekteret, bipolarspekteret, og ADHD-lidelser fordi terskelen for å stille diagnosene er redusert. Millioner av mennesker tilfredsstillt – nærmest over natta – de nye kriteriene for sykdomsdiagnoser uten at de er blitt «sykere».

Også utenfor helsetjenesten

Fenomenet sprer seg også utenfor selve helsetjenesten. Det samles i dag inn enorme mengder personopplysninger om små barn. Hen-

sikten er å identifisere avvik fra det normale og forebygge antisosial adferd i fremtiden. Skjemaene som brukes forteller at en normal treåring kan sitte i ro på plassen sin, leke uten å avbryte andre, kle på seg selv og dekke på bordet. Hun eller han skal være selvstendig, renslig og enkel å ha med å gjøre. Barn skal kunne dele med andre, rydde på plass leker, følge instruksjoner, kle på seg i riktig rekkefølge og ha et bevisst forhold til faste rutiner. De skal kunne konsentrere seg om en aktivitet, men ikke bli så opptatt av noe at de ikke «takler overganger» og villig rydder opp etter seg når de har lekt (18).

Det samme mønsteret går igjen: Man leter etter et «normalt barn», men rammene for hva som er normalt, er så trange at et hvilket som helst barn risikerer å bli definert som avviker. Det er lett å få merkelappen «mestrer ikke».

På skolen har stadig flere behov for spesialtiltak. Selv om lovteksten ikke krever en psykiatrisk diagnose, er allmennlegenes erfaring klar: vi opplever et økende krav om henvisning av barn med oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker til BUP for å vurdere diagnosen ADHD.

Medikaliseringseffekt

Summen av alt dette skaper en betydelig medikaliseringseffekt, hvor livets eksistensielle problemer og biologiske variasjoner forstås, beskrives og behandles med medisinske termer og virkemidler. Kreftene bak dette er mange, men det er også viktig å understreke at veldig mye skyldes en genuin interesse for å bedre helsetjenesten og folks helse.

Intellektuelle interessekonflikter

Fagfolk og eksperter har ofte intellektuelle interessekonflikter ved det at de har tendens til å verne om egne akademiske byggverk. Allen Frances har treffende uttalt at de har en tendens til å overvurdere egne spesialområder og ønsker å utvide sitt ansvarsområde, inntil det punkt at hverdagsproblemer defineres som psykiatriske sykdommer. Dette har store implikasjoner både når det gjelder diagnostisk arbeid, og utarbeidelse av kliniske retningslinjer og guidelines innen så vel somatikk som psykiatri.

Tro på tidligdiagnostikk

Blant publikum og en rekke fagfolk foreligger det ofte en grunnleggende tro på tidligdiagnostikk og screeningundersøkelser. Tanken om «jo tidligere, jo bedre», er besnærende og intuitiv. Men tidligdiagnostikk er ubønhørlig forbundet med økt falsk positivitet.

Industri og markedskrefter

Medisinsk-teknisk utstyrsindustri utvikler hele tiden mer finurlig apparatur med økt sensitivitet og med den konsekvens at stadig mindre uregelmessigheter i menneskekroppen avdekkes. Hva som er naturlige variasjoner blir etter hvert vanskeligere å vurdere.

Legemiddelindustrien har åpenbar interesse av å utvide sine markeder. Bransjen har dessverre etter hvert et frynsete rykte, da det er avdekket utstrakt bias og juks. Ben Goldacre (19) har beskrevet hvordan bransjen systematisk unnlater å offentliggjøre studier med negativt resultat sett fra sponsors side, og hvordan det fortsatt ikke er innsyn for utenforstående i datagrunnlaget bak undersøkelsene. Dette har svære implikasjoner for metaanalyser, og truer etter manges oppfatning hele den evidensbaserte medisinen, og i stedet utvikler en såkalt «Evidenc Biased Medicine». Peter Gøtzsche har nylig gitt ut en bok om samme emne (20).

Media og myndigheter

Media, særlig den tabloide presse, tjener store penger på oppslag om all verdens skumle og skjulte sykdommer og hvordan man til stadighet bør sjekke seg for å holde seg frisk. Man skal vitterlig være sterk og robust for å kunne lese Dagbladet regelmessig.

Myndighetene gjør også sitt: NAV krever sykdom, skade eller lyte som inngangsbillett til sykepenger, attføringspenger og uførepensjon. Dette fører til at stadig mer livsproblemer ikles medisinske termer. Helsetilsynet fører tilsyn der enkeltleger ikke fant eller oppdaget en alvorlig tilstand. De fører tilsyn der man har gjort for lite, og ikke for mye. Skolene krever medisinsk dokumentasjon for å gi elever ekstra undervisning.

Frykt for medieoppslag, tilsyn og rettssaker fører til at klinikere tenderer til «for-sikkerhets-skyld-medisin». Man sikrer seg forståelig nok for å unngå ubehageligheter.

DRG

Finansieringsordninger i sykehusene øker gjennom DRG-systemet presset på å stille mange diagnoser ved at sykehusenes inntekter øker jo flere diagnoser som stilles. Dette er et internasjonalt problem.

Pasientforeninger

Endelig erfarer vi at pasientforeninger – i tillegg til det fornuftige de gjør – dessverre har tendens til å verne om «sin sykdom» med ønsker om å lage store og sterke organisasjoner med stort medlemstall. Det er også bekymringsfullt at legemiddelindustrien, i fravær av

muligheter til å kontakte leger som tidligere, søker samarbeid med aktuelle pasientorganisasjoner.

Samlet kan dette sannelig virke som en kamp mot vindmøller. Men kostnadene er enorme både når det gjelder penger og livskvalitet. Dersom f.eks. resultatet av en del screeningundersøkelser ikke fører til redusert dødelighet, men i stedet forlenget tid med sykdomsdiagnose og behandling, er skadene større enn nytten.

Aktuelle tiltak

For å bøte på dette, må det arbeides på mange fronter samtidig.

- ✓ Vi som er helsepersonell må feie for egen dør. Det er å håpe at konferansen som nylig ble arrangert i Dartmouth, sammen med ledende internasjonale fagtidsskrift, kan føre til en kulturendring i retning av å bli langt mer oppmerksom på de farer som den moderne vestlige medisin har i seg i form av overdiagnostikk og overbehandling. Det er dessverre slik at potensielle skadevirkninger ved f.eks. screeningprogrammer, er langt mindre og dårligere undersøkt og beskrevet, enn potensiell gevinst. Det må kreves at «harms» undersøkes like nøye som «benefits». For en frisk person kan screeningundersøkelser alltid føre til skade. En eventuell netto gevinst er gevinst minus skade.
- ✓ Laboratorieprøver og billediagnostikk må bare rekvireres på medisinsk indikasjon og ikke som ledd i en for-sikkerhets-skyld-medisin.
- ✓ Retorikken ved en rekke tilstander som carcinoma in situ, prekankrose tilstander, kreft stadium null osv. må endres. Ordet «kreft» korrupperer tankene og fører til at følelser får overtak over rasjonell tenkning.
- ✓ Myndighetene må i en helt annen grad enn de har gjort til nå, interessere seg for problemet. NAV og skoleverk må lage andre inngangskriterier for velferdsgodene enn sykdomsdiagnoser. Tilsynsmyndighetene må også interessere seg for overdiagnostikk. I den forbindelse er det løfterikt at Helsedirektoratet nå i august på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har laget rapporten «overdiagnostikk og overbehandling» (21). Det er en start.
- ✓ Det må stilles krav til legemiddelindustrien om at de åpner sine databaser for uavhengig forskning. Bare slik kan vi unngå bias som grunnlag for kunnskapsbasert medisin.
- ✓ Endelig bør finansieringsformer som stimulerer til overdiagnostikk og overbehandling, slik som DRG systemet på sykehusene, endres.

Naivt om tidligdiagnostikk

I forbindelse med innføring av samhandlingsreformen, har et viktig utgangspunkt vært at helsetjenesten skal bidra til en «vens-treforskjvning på tidsaksen», dvs. at sykdommer og tilstander skal diagnostiseres og behandles tidligere. Tidligere helseminister Bjarne-Håkon Hanssen reiste for få år siden land og strand rundt og prediket at dette ville føre til at folk ikke ville bli så syke, og dermed føre til et billigere helsevesen.

Du verden, så feil han tok. Tidligere diagnostikk og behandling av fenomener og tilstander som ennå ikke har gitt symptomer, er ubønhørlig forbundet med fare for overdiagnostikk, overbehandling og et dyrere helsevesen.

Den inflasjon i sykdomsbegrep og unødvendig bruk av helsetjenestens begrensede ressurser som vi ser i dag, går utover de som virkelig er syke.

REFERANSER

1. Ivan Illich; Medisinsk Nemesis, Gyldendal Norsk forlag 1975.
2. Petr Skrabanek: Why is preventive medicine exempted from ethical constraints?
3. Elisabeth Swensen (red): Diagnose: Risiko, Universitetsforlaget 2000.
4. Norsk selskap for allmenmedisin: Forløperen til NFA, Norsk forening for allmenmedisin.
5. www.bmj.com/too-much-medicine
6. Ray Moynihan: Selling Sickness: How the World's Biggest Pharmaceutical Companies Are Turning Us All Into Patients, 2006.
7. Gilbert Welch: Overdiagnosed. Making people sick in the pursuit of health. Beacon press 2011.
8. Allen Frances: Saving Normal, An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life, 2013.
9. <http://choosingwisely.org>
10. <http://www.nordicriskgroup.com/>
11. Allmenmedisinsk Forskningsenhet i Trondheim.
12. NFAs policydokument for forebyggende helsearbeid, <http://legeföreningen.no/Fagmed/Norskforening-for-allmenmedisin/Styret/Sentrale-fagpolitiske-dokumenter/forebyggende-helsearbeid-policydokument-fra-nfa/>
13. www.preventingoverdiagnosis.net
14. <http://jech.bmj.com/content/62/7/580.full>
15. Eivind Meland, <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/-behandler-pseudo-kreft/>
16. BMJ 6 july 2013, volume 347, p 18–21.
17. New York Times: http://www.nytimes.com/2013/04/01/health/more-diagnoses-of-hyperactivity-causing-concern.html?pagewanted=all&_r=1&_r=1&_r=1
18. Pettersvold og Østrem, Morgenbladet april 2012
19. Ben Goldacre: Bad Pharma, Hoe drug companies mislead doctors and harm patients, 2012.
20. Peter Gøtzsche: Deadly medicine and organised crime, Radcliffe Medical Press 2013.
21. http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/rapporter/2013/overdiagnostikk-og-overbehandling.html?id=734412

 gisle.roksund@gmail.com