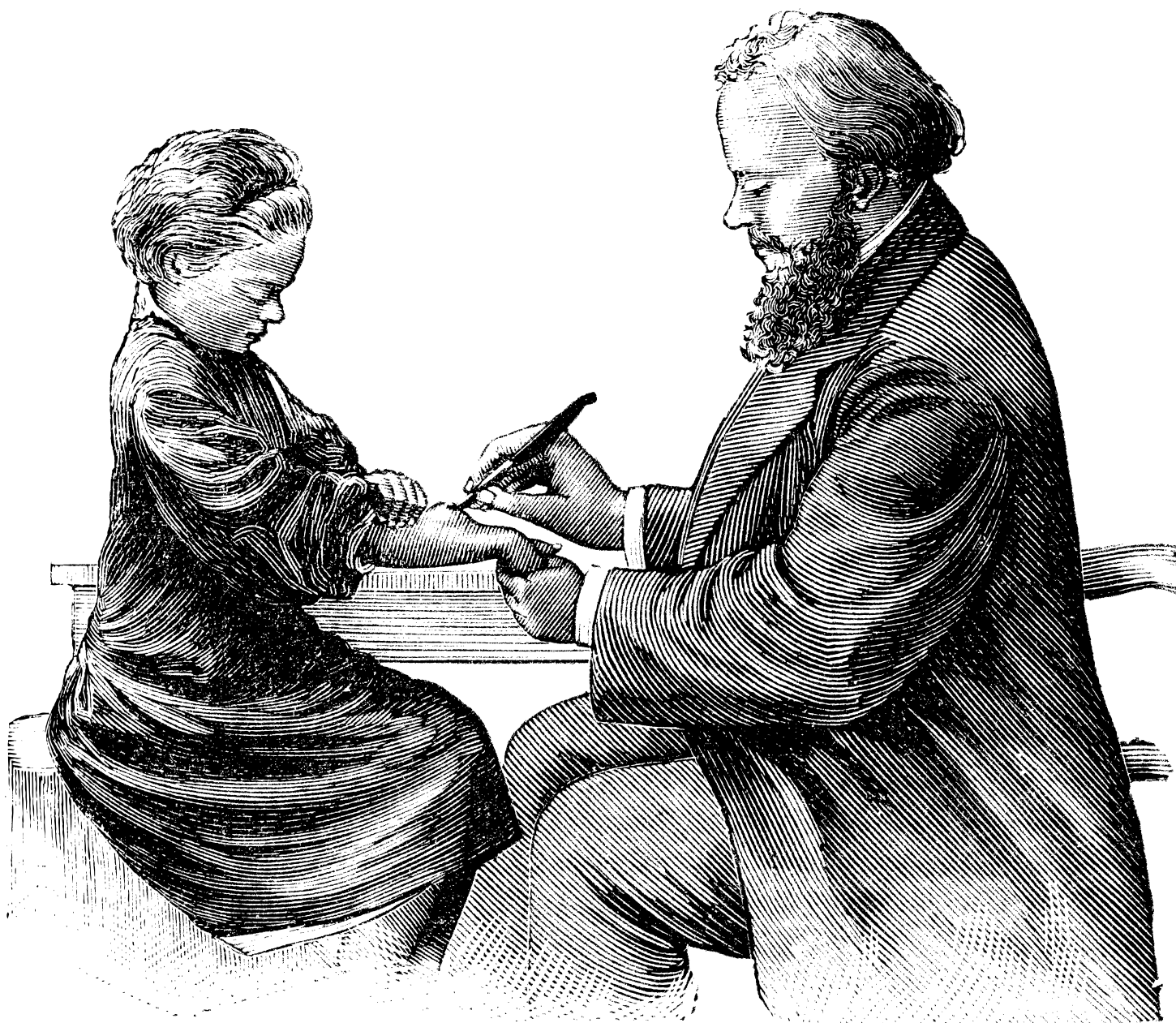
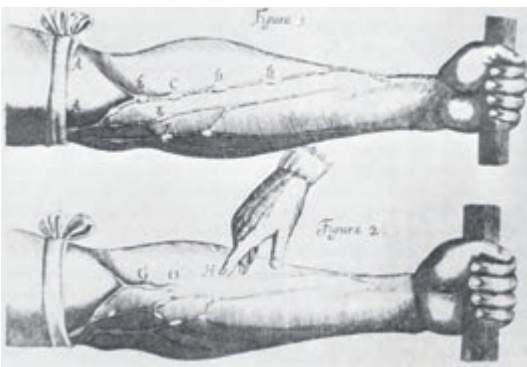


Overdiagnostikk i historisk perspektiv

■ GEORG ESPOLIN JOHNSON • Lege og idéhistoriker. Koordinerende rådgivende overlege i NAV Akershus

Sensitiv teknologi med høy tilgjengelighet kombinert med lave terskler for å identifisere prøve-resultater som patologiske, er en vesentlig årsak til at problemer knyttet til overdiagnostikk i dag debatteres. I denne artikkelen pekes det på at vitenskapstro og fremtidsoptimisme, som har preget vår kultur i flere århundrer, er historiske forutsetninger og fremdeles drivere i prosessen.





Et eksperiment fra William Harveys «*de Motu Cordis*», 1628.



Den industrielle revolusjon på 1800-tallet førte til voldsom vekst av Europas byer med slum, sult og epidemier. Fra Paris 1870.

FRED BERNARD, A TALE OF TWO CITIES



Guys Hospital i London, grunnlagt i 1721.

GRAVERING: JAMES ELMES OG WILLIAM WOOLNOUTH, 1820

Medisinens status og legemakt

Overdiagnostikk representerer et samfunnsproblem blant annet fordi det fører til dyr og potensielt skadelig overbehandling og påfører friske mennesker sykdommer. En historisk betingelse for overdiagnostikk i stor skala og ikke bare som uheldige enkelttilfeller, er at medisinen har tilstrekkelig status og legene tilstrekkelig makt til å få gjennomslag for diagnoser og behandlingsregimene sine. For å belyse dagens overdiagnostikk er derfor historiske betingelser for legenes status og makt relevante.

Vitenskapsidealet

1600-tallet regnes gjerne som tidsrommet for den moderne vitenskapens gjennombrudd, det vil si kunnskapsutvikling gjennom systematisk observasjon, eksperimentering og hypotesedannelse og testing. Galileos bruk av teleskopet som bevis på det heliosentriske verdensbildet anskueliggjorde at svarene på spørsmål om oss selv og våre omgivelser ikke finnes hos paven, men i naturen. William Harveys beskrivelse av kretsløpet i 1616 betegnes i så måte ofte som en milepæl innenfor medisinhistorien. Naturlige forklaringer på sykdom og lidelse overtok gradvis for metafysiske forestillinger om Guds vilje og en upåvirkelig skjebne. Selv om legenes tidlige sykdomsmodeller gjennomgående var gale, behandlingstiltakene effektløse og førmoderne medisin ble praktisert i minst et par århundrer etter Harvey, skapte tiltro til vitenskapen forhåpninger om behandlingsmuligheter og bidro til å øke legens status og innflytelse.

Begivenheter og fenomener som hadde tilhørt den metafysiske sfære og vært preget av religiøse ritualer, ble gradvis medikalisert. I tillegg til fødsel og død ble umoral og avvikende atferd i økende grad oppfattet som medisinske spørsmål. Legen

fikk ekspertrollen på områder hvor prestene tidligere hadde rådet grunnen (1) – en åndelig arena hvor moral og mening er viktigere ingredienser enn anatomi og fysiologi.

I resten av teksten beskrives utviklingstrekk som etter min oppfatning underbygger at den universitetsutdannede legens autoritet og definisjonsmakt også i dag delvis må forstås i lys av forventninger snarere enn reelle kvalifikasjoner og gode behandlingsresultater (2).

Opplysningstid og fremtidsoptimisme

Opplysningstiden er en innarbeidet historisk betegnelse på 1700-tallet, men epokens sentrale idé preger oss sterkt også i dag. Opplysningstidens mantra var at hvis vi bare forsker og opplyser, er fremskrittet ustopelig (3). God helse ble oppfattet som kroppens naturlige tilstand og derfor noe som var mulig for alle (4). Før eller siden ville fremskrittet føre til at all sykdom kunne utryddes. I et slikt perspektiv er det ikke overraskende at medisinen fikk høy status til tross for dårlig organisering, motstridende årsaksforklaringer og uvirkelige behandlingsmetoder.

Når skjebnen og Gud mistet forklaringskraft, ble helse i større grad enkeltindivids ansvar. På 1700-tallet ble det skrevet store mengder helseopplysningslitteratur på de enkelte morsmål og ikke på latin, slik det hadde vært vanlig (4). Den franske encyclopedien (5), epokens mest ambisiøse opplysningsprosjekt, inneholdt helseopplysning ført i pennen av legen Arnulfe d'Aumont. Snaut 200 år før Verdens helseorganisasjons (WHO) hyppig kritiserte definisjon fra 1947, definerte han helse slik: «En tilstand av kroppslig og psykologisk velbehag forenlig med et lykkeligere og lengre liv» (4). WHOs definisjon er dermed ikke så tidsbundet 'moderne' som vi gjerne tar for gitt.

Medisin i nasjonsbyggingen

De nye europeiske nasjonalstatene trengte en sterk og tilfreds befolkning i rollene som produsenter og konsumenter, soldater og fødemaskiner. Idéen om et medisinpoliti bygde på politisk motiverte, men komplett urealistiske modeller for hvordan den medisinske kunnskapen og legene kunne brukes for å sikre sunne og nyttige borgere. Den tyske legen Johann P Frank tok til orde for at legene skulle plukke ut ektefeller som passet sammen, og under den franske revolusjon ble det utarbeidet detaljerte politiske modeller for legenes overvåkningsfunksjoner (4). Det hadde liten betydning at effektene av legenes virksomhet ikke samsvarte med idéene. At et fullverdig medisinpoliti aldri så dagens lys, må ses i lys av at legene var dårlig organisert og lite faglig omforent snarere enn i manglende politisk vilje og optimisme på medisinske vegne.

Uansett fikk legene en plass i nasjonsbyggingen. Med den medisinske vitenskaps hjelp ville staten forene nasjonens styrke og fremgang med individets lykke (6). Legen skulle overvåke folkehelsen, men grensene mellom helse, normalitet og moral ble uklare, og legen ble både folkehelsens og folkemoralens vokter (2) – en statsautorisert agent for sunnhet, trivsel, nytteverdi og moral.

Den industrielle revolusjon på 1800-tallet førte til voldsom vekst av Europas byer med slum, sult og epidemier. Mange leger engasjerte seg i samfunnsdebatten. Rudolf Virchow (1821–1902), best kjent som cellulærpatologiens far, var kritisk til selve samfunnsordningen og tok sterkt til orde for velferdspolitiske tiltak. Han formulerte påstanden om at medisin er en samfunnsvitenskap, og at politikk ikke er annet enn medisin i større skala (7), et credo Karl Evang senere gjorde til sitt (jf neste side). Sosiale problemer ble i stor grad oppfattet som et medisinsk anliggende. Legene brukte



Karl Evang var høyt respektert internasjonalt og hadde stor innflytelse på utformingen av helsepolitikk langt utover Norges grenser.

FOTO: RIGMOR DAHL DELPHIN

slumområdene som naturlige laboratorier, og kunnskapen derfra ga opphav til forebyggende tiltak med synlige helsegevinster, noe som bidro til å styrke deres innflytelse.

I sin doktoravhandling fra 1996 hevder idéhistoriker Torbjörn Gustafsson at medisinsk vitenskap og tenkning ble en viktig premiss for hvordan vestlig kultur utviklet seg mellom 1850 og 1920. Fysiologi ble like viktig som Darwins utviklingslære for Europas idéforming, og leger fikk rollen som samtidens dommere, prester og lovstiftere. Kulturdebatten handlet om den individuelle organismens, samfunnsorganismens og den vestlige kulturorganismens vei mot den ideelle tilstand som ble kalt helse (8).

Rasehygiene preget europeisk politikk frem til siste verdenskrig. Det hersket utstrakt enighet om viktigheten av å raffinere menneskematerialet gjennom reproduktjonsregulering. Også på dette feltet ble legevitenenskapen antatt å kunne gi vesentlige svar. Selv om legene inntok varierende standpunkter og mange var kritiske til hele idéen, bidro likevel tema til å sentralisere legene i samfunnet og øke deres autoritet (2).

Statens bakenforliggende behov handlet om styring og kontroll, og i prosessen overdro den makt til legene. Legene på sin side

tok begjærlig imot, og selv om medisinen stadig gjorde fremskritt og mange leger bidro til samfunnsutviklingen gjennom personlig engasjement, fulgte de fleste passivt med på lasset. Medisinhistoriker og lege Irvine Loudon hevder at legene i England på 1800-tallet verken var opptatt av direkte effekter eller lege-pasient-forholdet. De var entreprenører i en kommersiell tid og hadde karriere i blikket snarere enn altruisme og sosialt engasjement. Bak slagord om vitenskap og utdanning var de egentlige temaer posisjon, markedsmuligheter og honorarer (8).

Sosialforsikring – praktiserende leger trekkes inn i Statens prosjekt

Ved forrige århundreskifter fungerte leger i offentlige stillinger som statlige hygieneeksperter innenfor en europeisk politikk preget av liberalisme, utilitarisme og statlig ikke-innblanding. Den (privat)praktiserende legen ble trukket inn i statens prosjekt først og fremst gjennom sosialforsikringsordningene som på samme tid ble etablert i store deler av Europa. Dekningsomfang, finansiering og øvrig struktur varierte, men begrunnelsene var de samme — å dempe sosialisme på fremmarsj og forhindre at syke arbeidere ble skjøvet ut i irreversibel fattigdom og ble varig ubrukelige for industrien. Legene fikk sentrale oppgaver i ordningene. Følgende fremstilling fra Norge er dermed bare et eksempel på de generelle kreftene som var i sving.

Da Norges første lov om sykepenge trådte i kraft i 1911, hadde mange praktiserende leger allerede systemkontrolloppgaver (9). Gjennom den nye loven fikk de i tillegg i oppgave å kontrollere enkeltpasienter. For å få utløst rettigheter måtte den forsikrede nemlig ha legeerklæring. Selv om loven til å begynne med bare omfattet de aller dårligst lønnede arbeiderne, ga den støtet til at lege-pasientforholdet fikk en ny betydning.

Lovprosessen hadde pågått siden 1885, og innholdet i sykdomsbegrepet var blitt grundig diskutert. Fordi man mente det ville bli vanskelig å «gi en i alle henseender fyldestgjørende definition» av sykdom (10), overlot man innholdet til den enkelte lege uten å gå nærmere inn på den variasjonen dette kunne avstedkomme. Det var ikke tilstanden i seg selv som ble avgjørende for retten til sykepenge, men om legen gikk god for den. Alliansen mellom lege og pasient ble dermed styrket mot Staten som tredjepartsbetaler.

Ved å gjøre symelding obligatorisk måtte Staten også sørge for tilgjengelige leger. Det er liten tvil om at lov om offentlige legefor-

retninger fra 1912 sammen med sykepenge-loven med senere utvidelser bidro sterkt til å øke legens sentralitet, autoritet og makt.

Det utvidede helsebegrepet

Verdens helseorganisasjons (WHO) utvidede helsebegrep ble utformet av 16 leger fra like mange nasjoner i 1946–47 som ledd i oppbyggingen av FN. Karl Evang, som var helsedirektør i Norge fra 1938 til 1972, sto sentralt i utformingen. Han var høyt respektert internasjonalt og hadde stor innflytelse på utformingen av helsepolitikk langt utover Norges grenser (11). I en kortform lyder det utvidede helsebegrep slik: Helse er «en tilstand av fullkomment legemlig, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyter» (12). På samme måte som sin forløper fra encyklopedien (jf ovenfor) bærer formuleringen i seg at legene gjennom å trekkes inn i styre og stell kan bidra til å forme et sunt og lykkelig samfunn. Sannsynligvis først og fremst som følge av sterkere statsdannelser og mer velorganiserte leger har den fått større gjennomslag enn sin forløper, og det er sannsynlig at den har bidratt til å øke allmenn oppfatning av hva leger kan forstå, forklare og behandle.

Historien om legerollen er sammensatt

I lys av fremstillingen ovenfor hviler dagens legerolle i vel så stor grad på legenes verdibaserte og politisk motiverte samfunnsoppdrag som på deres faglige kvalifikasjoner. Det innebærer i sin tur at variasjonene innenfor medisinsk praksis, som blant annet fører til uenighet om grensene for overdiagnostikk, må analyseres i et verdiperspektiv i tillegg til et fagperspektiv.

Dagens legerolle kan beskrives som en syntese av en vitenskapstradisjon og en behandlertradisjon. Medisinens vitenskaps-historie handler om i utgangspunktet verdinøytral utforskning av mennesket som biologisk vesen, om hva som kan gå galt og hvordan ytre forhold kan føre til sykdom, og om hvilken behandling som har dokumentert effekt. Undring og vitebegjær har vært viktige drivere i prosessen.

Legenes behandlerhistorie er på sin side ladet med verdier og handler om holdninger og sosiale aktiviteter knyttet til smerter, funksjonssvikt, frykt og usikkerhet, om empati, omsorg, status, makt og politikk. En del av den, som kan kalles medisins markeds-historie, handler om påståtte og innbilt behandlingseffekter, om honorarer og varer på et marked hvor motivene har vært mange og uklare og hvor både al-

truisme og vitenskapsideal har vært underordnet eller fraværende.

Slik jeg forstår historien om legerollen, har den statusfremmede effekten av troen på vitenskapelig medisin smittet temmelig ukritisk over på legen som behandler, inkludert leger som har operert først og fremst i en markedsmedisinsk tradisjon. Det har ikke skortet på kritikk av markedsmedisinen. Som et av mange eksempler uttalte professor Oliver Wendell Holmes ved Harvard Medical School midt på 1800-tallet at med noen få unntak:

«if the whole materia medica, as now used, could be sunk to the bottom of the sea, it would be all the better for mankind, – and all the worse for the fishes» (13).

Det er ikke rom for flere eksempler her, men det er grunn til å påpeke at også i dag er vestlig medisin betydelig kommersialisert, og også dagens diagnostikk og behandling må ses i lys av dens markedshistorie. Omfanget og reguleringen av kommersielle helsetjenester har i så fall stor innvirkning på omfanget av dagens overdiagnostikk.

Overdiagnostikk – et komplekst fenomen

Det første europeiske medisinske fakultet ble etablert i Salerno i Sør-Italia litt før 1100 (14). Drøyt 400 år senere, i 1518, ble Strasbourg hjemsøkt av Europas siste store danseepestid. Det hadde vært flere slike tidligere, og de besto i at folk gikk ut i gatene og danset frenetisk til de segnet om. Enkelte danset seg i hjel. Datidens leger ble konsultert, men var ute av stand til både å forklare og behandle sykdommen. Til slutt var det kirken som fikk slutt på galskapen gjennom bønn, relikvier og andemaning (14). Historien er full av eksempler på manglende effekt av legenes behandlingsregimer. Men hvorfor fikk de status og anseelse når de verken lyktes med behandlingen sin eller på den tiden hadde vitenskapen i ryggen?

Å maksimere sunnhet og lykke er sterke menneskelige drifter. Sykdom, helse, behandlere og behandlingseffekter må ha vært temaer i enhver kultur til enhver tid. Til tross for overtro, villfarelser og blindspor var også

Europas førmoderne medisin opptatt av å forklare mennesket og dets idelser. Medisinsk antropolog Lisbeth Sachs påpeker at når man vender seg til historien, overraskes man av at legene har kunnet opprettholde sin opphøyde status til tross for at deres botemidler og råd stort sett var ineffektive og ikke sjelden skadelige. Det hadde naturligvis ikke vært mulig, skriver hun, hvis ikke legene samtidig hadde hjulpet sine pasienter. Effektene henfører hun til:

«forholdet mellom lege og pasient og det som antropologer ... har interessert seg for: det syke menneskets totale sosiokulturelle situasjon» (15).

I et slikt perspektiv er det ikke unaturlig å oppfatte overdiagnostikk (og overbehandling) som et iboende fenomen i enhver kultur – moderne eller før-moderne, europeisk eller i andre verdenshjørner. Kanskje kan det gi mening å betrakte fenomenet i et evolusjonsteoretisk perspektiv uten at jeg skal gi meg i kast med det. Men det finnes forskning som må tas til inntekt for at også det som har vært fokus i denne artikkelen, har betydning for overdiagnostikk, nemlig kulturbundne oppfatninger om hvem som har definisjonsretten til sykdomsbegrepet.

En artikkel om forekomsten av subjektive helseplager i Norge konkluderer med at det er vanskelig å definere en grense mellom 'normale' plager og sykdom, men at forekomsten uansett er svært høy (16). Slike plager står for en vesentlig del av sykefravær og uførhet her til lands. To studier som sammenlignet forekomsten av subjektive helseplager i Norge og i henholdsvis to populasjoner på Filippinene og en Masai-populasjon i Kenya, fant likevel lavest forekomst i Norge. Undersøkelsene omfatter blant annet smerter i bevegelsesapparatet, slitenhet (fatigue) og lettere psykiske plager (mood changes) (17, 18).

Verken i Kenya eller på Filippinene ble slike symptomer oppfattet som sykdom som trengte en moderne leges vurdering. Det kan ha mange forklaringer som jeg ikke skal gå inn på her, men jeg tror en delforklaring ligger i den historiske prosessen som er beskrevet ovenfor og som antyder at legens posisjon og autoritet i vår kultur i større

grad bygger på en idé om medisinenes potensial enn på legenes faktiske kvalifikasjoner og behandlingssuksess. Gjennom prosessen har legen fått svært vide fullmakter til å definere begrepsinnholdet i sykdom og helse på samfunnets vegne og fastslå grensene for akseptabel sykdomsrisiko.

Jeg tror legenes viktigste bidrag i oppgjøret med overdiagnostikk er å være åpne om medisinfagets begrensninger som verktøy for både å forklare enhver plage og å fremme helse i enhver sammenheng (19).

REFERANSER

1. Wear A. Health and environment in early modern England. I: *Medicine in Society – Historical essays*; Cambridge University Press 1992; s 119–147.
2. JOHNSON GE. Idealer, villfarelser og maktkamp – en historie om den moderne legerollen. Hovedoppg i idéhistorie, Oslo 2002.
3. Pagden A. *The enlightenment and why it still matters*; Oxford University Press 2013.
4. Risse G. *Medicine in the age of enlightenment. I: Medicine in Society – Historical essays*; Cambridge University Press 1992; s. 149–195.
5. Fransk oppslagsverk i 17 bind utgitt i perioden 1751–1780, redigert av Denis Diderot og Jean le Rond d'Alembert. Ofte sett på som innbegrepet av opplysningstiden.
6. Liedman Sven-Eric. *I skuggen av framtiden – Modernitetens idéhistoria*. Bonnier 2000.
7. Gustafsson T. *Själens biologi: medicinen, kulturen och naturens ordning 1850–1920*. Symposium, Stockholm 1996.
8. Loudon I. *Medical practitioners 1750–1850 and the period of medical reform in Britain*. I: *Medicine in Society – Historical essays*; Cambridge University Press 1992; s. 219–247.
9. Odelstingsproposisjon nr. 39/1911.
10. Foyt S, Lund AM, Viken O. *Pasienters rettsstilling*. Tano 1990.
11. Berg SF. Da helse ble politikk. Arr – idéhistorisk tidsskrift nr. 2-3 2015; s. 67–79.
12. Store norske leksikon
13. Porter R. *The greatest benefit to mankind – A medical history of humanity*. W.W. Norton & Company. New York, London 1997.
14. Waller J. *A time to dance a time to die – The extraordinary story of the dancing plague of 1518*. Icon books ltd, Cambridge 2008.
15. Sachs L. *Medisinsk antropologi*. Liber, Stockholm 1987.
16. Camilla C, Eriksen HR, Ursin H. Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scand J Public Health* 2002; 30: 20–29.
17. Wilhelmsen I et al. Subjective health complaints are more prevalent in Maasais than in Norwegians. *Nord J Psychiatry* 2007, Vol. 61, No. 4: 304–9.
18. Eriksen HR, Hellesnes B, Staff P, Ursin H. Are Subjective Health Complaints a Result of Modern Civilization? *International Journal of Behavioral Medicine* 2004, Vol. 11, No. 2: 122–125.
19. Johnson GE. Tid for en smule ansvarsfraskrivelse? Legerollen som historisk konstruksjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 16, 2004; 1 : 2137–9.

