

Overdiagnostikk, krokod

■ EIVIND MELAND • Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB

Artikkelen setter overdiagnostikk-fenomenet i sammenheng med det medisinske objektsynet, såkalt essensialisme. Selv om objektsynet har relevans, vil medisinen være avhengig av en fruktbar sameksistens mellom teknologi og eksistensielle behov. Dette representerer en motsetningsfull spenning, men en motsetning som samtidig er gjensidig forenende. Et mer relevant utgangspunkt for vår virksomhet vil være å vurdere hvor funksjonelle og hensiktsmessige diagnoser og behandlinger vil være. En behandlingstilnærming bygd på «aksepterings- og forpliktelsestenkning» kan muliggjøre et slikt skifte i fokus og medisinsk etos.»

«Å tilfredsstillte moderne pasienter er som å mette krokodiller med sardiner» | EIVIND VESTBØ

Kollega Eivind Vestbø på Finnøy snakker ikke med bedrevitende arroganse når han sammenlikner moderne medisinsk virksomhet med en fånyttets foringsstrategi for krokodiller. Det er et sårbart og selvkritisk utsagn som forteller oss at eksistensielle behov ikke kan tilfredsstilltes med medisinsk teknologi. Når vi prøver å avhjelpe eksistensiell nød med uvirksomme midler, vokser behovene og vi er fanget i et spill der forventningene utvikler seg til et bunnløst sluk.

Medisinen og helsefagene har alltid eksistert i en motsetningsfull spenning mellom teknisk rasjonalitet og eksistensiell sårbarhet og uforutsigbarhet (1). Til den første kategorien hører objektive kriterier for sykdomsdefinisjoner, epidemiologiske avveininger av symptomer og funns utsagnskraft for å bedømme sannsynlighet for sykdom og gruppebasert viten om effekter og bivirkninger av medisinsk tekniske behandlinger. Til den andre kategorien hører sårbarhet stilt overfor sykdom og (trussel om) død, nederlag og skam knyttet til tap og svikt, behov for barmhjertighet og solidaritet, behov for tilhørighet, mening og opplevelse av livsmot og livskilde. Historisk sett har religion og religiøsitet vært en del av samspillet mellom medisinske tekniske rasjonalitet og menneskets eksistensielle behov (2). «Religio» betyr «gjenforening».

Jeg skal ikke argumentere for religiøs renessanse, men for nødvendigheten av å forene medisinske tekniske rasjonalitet med menneskets eksistensielle behov uavhengig av hva vi mener om religion og religiøsitet. I en artikkel om motsetninger, mening og håp i medisinen har vår britiske kollega, Iona Heath, slått til lyd for at motsetninger i medisinsk virksomhet, eksempelvis mellom vitenskapelig evidens og

pasientens subjektive og eksistensielle opplevelser, må forstås som gjensidig konstituerende, som forenende eller komplementære motsetninger. Hvis vi ikke aksepterer en slik gjensidighet grunnstøter vi og må avmektig klamre oss til staken på den ene siden av en misoppfattet dikotomi (1).

Essensialisme eller funksjonalisme?

Jeg mer enn antyder at fenomenet «overdiagnostikk» handler om en slik maktesløs klamring til et ensidig sykdomssyn, det medisinske tekniske objektsynet som vi også kaller det «essensialistiske» sykdomssyn. Innenfor en slik forståelsesramme spør vi oss «hva sykdom er». I mange tilfeller i medisinen er et slikt perspektiv gyldig og relevant fordi det gjør oss i stand til å oppdage hvordan et fenomen kan passe med en medisinsk kategori der behandling fører til bedret prognose for den som er rammet. Samtidig er det et mangelfullt perspektiv fordi sykdom og sykkelighet alltid opptrer i en kontekst og har en funksjon som ikke kan forstås som en objektiv essens. Vi må også spørre oss «hvilken funksjon har sykdommen?» og «hvordan er den enkelte og omgivelsene affisert?».

Den såkalte «tredje sykdomsbølgen» er en betegnelse på økende sykkelighet knyttet til mangelfull livsmestring og tap av respekt og mening, ofte i form av «subjektive» helseplager uten «objektive» funn. Stilt overfor slik sykkelighet er det spesielt synlig hvordan et ensidig objektivt sykdomssyn forfører pasienter inn i ørkesløse og ressurskrevende utredninger. Slike utredninger medfører risiko for påvisning av anatomiske betydningsløse avvik med der til hørende sykeroller knyttet til falske positive funn og til pseudosykdom. Risikoen

er også stor for å erverve diagnostiske merkelapper med omsetningsverdi i velferds-markedet som inngangsbillett til varige ytelser og marginalisert status. Når hjelpe- ren ikke løfter fram det eksistensielle funksjons- og kontekstaspektet tidlig i slike prosesser, svikter vi. I stedet for å hjelpe risikerer vi å kamuflere pedagogisk svikt i skolen, mediastyrt falskneri om kroppss- og vellykkethetsidealer og inkompetent bedriftsledelse, for å nevne noen eksempler.

Kan evidensbasert medisin beskytte oss mot overdiagnostikk?

Da evidensbasert medisin (EBM) ble lansert på 1980-tallet var det som en del av en antiautoritær bevegelse som gjorde opprør mot ekspert-basert medisin (3). Hensikten var å gjøre klinikerne i stand til å søke evidens for kliniske beslutninger om diagnostikk og behandling slik at vi selvkritisk og sammen med pasienter kunne ta fornuftige beslutninger og beskytte oss både mot unnlattelsesfeil og overdrivelsesfeil i medisinen. EBM på sitt beste er fortsatt et godt redskap for å innfri slike intensjoner. Kritisk vitenskapelig holdning er et «være eller ikke være» for medisinen. «Preventing over-diagnosis»-bevegelsen er tuftet på et slikt vitenskapelig etos, og mange av de tiltak som denne bevegelsen anviser har stor relevans:

Vitenskapelige artikler må rapportere bivirkninger og ikke bare virkninger

Vitenskapelige artikler må redegjøre for hvilke sykdomsgrenser som er anvendt og rapportere effekter av behandlingen separat for dem som har alvorlig sykdomsbilde og dem som har mildere former for sykdom.

diller og sardiner



Vitenskapen må interessere seg mer for overdiagnostikk knyttet til flere sykdommer og teknologi som brukes i diagnostikk av sykdom (4).

Norges forskningsråd har nylig oppsummert evidensen for nytteverdi og skadepotensiale ved mammografiscreening i en meget leseverdig publikasjon. En slik vitenskapelig fremstilling hadde vært umulig uten innsatsen fra EBM-bevegelsen (5).

Den kritiske leser vil med rette protestere: Eksplosjonen av utredninger, diagnoser og behandlinger har skjedd nettopp i den perioden der EBM vant fotfeste innen medisinen. John Wennberg, en av grunnleggerne av Preventing overdiagnosis-bevegelsen, har for lenge siden vist at den akademiske medisin slik den praktiseres i universitetsklinikker driver med medisinske eksesser i like stor grad som andre (6). Han har også vist at det meste av denne typen virksomhet befinner seg trygt under radaren for medisinsk uansvarlighet.

Vitenskapen tar essensialismen og objektsynet for gitt og problematiserer ikke at ytre evidens er med på å forsterke kulturens interessefokus på (selv)evaluering og diagnostikk. Vitenskapen har heller ikke innsikt i at de medisinske tiltakene oppleves av pasientene som symbolske anerkjennelsehandlinger helt uavhengig av om de er vitenskapelig velbegrunnet. Det er derfor ikke troverdig at kritisk vitenskapelighet er tilstrekkelig for å demme opp for unødvendig overdrivelse i medisinen.

Det kommer til å bli verre

Vi har bare så vidt begynt. En av grunnene til at vitenskapen er maktesløs i møte med medisinske overdrivelsesfeil, er at forskningen ansees å være verdinøytral mens den i virkeligheten foregår innen et etisk paradigme som er tatt for gitt og ikke problematisert. Dette etiske paradigme handler om at mennesket kan vinne kunnskap og helse gjennom metodisk perfektion i studiet av ytre livsbetingelser og teknologi alene. Når dette etiske paradigmet drives til sin ytterlighet står vi konfrontert med medisinsk ønsketenkning og overtro.

Jeg tror det ikke minst er dette etiske paradigmet som baner vei for bevegelsen som ønsker å gjøre Big Data og personalisert medisin eller såkalt P4 medisin («predictive,

preventive, personalized, and participatory») til ny grunnlagstenkning for medisinen. Bestrebelsene bak denne retningen tar for gitt at med ytterligere mengder av biologiske og sosiale atferds-data om den enkelte, vil vi øke presisjonen i medisinsk diagnostikk, prognostikk og behandlingseffektivitet. Det er bygget på en vitenskapelig misoppfatning av statistisk presisjon (7). Riktignok øker relevansen og validiteten med økende datamengde, men presisjonen og reliabiliteten reduseres når tilgjengelige data øker ut over en viss grense. Derved vil en slik dreining av medisinen fokus representere en grenseløs kilde til overdiagnostikk, overbehandling og en kultur av narsissistisk selvopptatthet og grunnleggende eksistensiell usikkerhet og angst (8).

En alternativ etisk horisont

Det er slike fenomen som dette som motiverer meg til å foreslå at medisinen etos må endres. Når mandatet vårt er å avhjelpe lidelse og ubehag, gir vi oss selv et oppdrag som lett kan oppfattes som «a dead man's aspiration» eller «likkistemandatet». Poenget er at dersom vi forsøker å gjøre livet fritt for lidelse og ubehag iscenesetter vi et eksistensielt spill der vi konkurrerer om å gjøre noe som de døde er overlegne i: ikke å føle ubehag, angst, fortvilelse og sinne. Med våre gode intensjoner gir vi råd om behandling og atferd som forfører pasienter inn i unnvikelsesatferd og lært hjelpeløshet. Vi rettfærdiggjør slike bestrebelsers med diagnoser og merkelapper som noen ganger kan være utgangspunkt for konstruktiv behandling, men som like ofte påfører pasienter rigide selvpoppfatninger og redusert livsutfoldelse og mestring.

Innen tredje generasjons kognitiv terapi, såkalt «aksepterings og forpliktelsesterapi» løfter man fram et etos som tar utgangspunkt i at mennesket er avhengig av mening og relasjoner. Vi er født med etisk kompetanse og opplyses av fordringer som oppstår spontant i menneskelige møter og relasjoner (9). Terapiens mandat er å hjelpe den hjelpesøkende med å leve et oppreist liv i pakt med de verdiene som en selv opplever som viktige i sitt liv. Det er hverken kirketukt eller den epidemiologiske kommandomedisinen moralisme som skal være rettesnor (10). Terapeutens oppgave

er å hjelpe pasienten med å bevisstgjøre seg om hvilke verdier en ønsker å leve etter i livet, og klargjøre om medisinsk behandling hjelper en med slike etiske aspirasjoner (11). Derfor har denne etiske nyorienteringen sterk tilknytning til humanistisk psykologi og selvbestemmelsesteori (12).

Diagnoser og medisinsk teknikk er ikke irrelevant, men må bedømmes ut fra deres funksjonelle nytteverdi: Har denne diagnosen eller medisinske behandlingen eller psykoterapien hjulpet deg til å leve det verdistrerte livet som du ønsker å leve? Med et slikt fokus flyttes oppmerksomheten til noe større enn sykdomsobjekter og essensialisme. Fokuset blir funksjon, kontekst og verdier. Vi står foran en reformasjon i medisin og helsefag. Helse kan i framtida bety mer enn selvpoptatt sykdomsfrykt.

REFERANSER

1. Heath I. «Uncertain clarity»: contradiction, meaning and hope. *Br J Gen Pract.* 1999; 49: 651–7.
2. Ferngren GB. *Medicine and religion. A historical introduction.* Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press; 2014.
3. Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. *Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine.* Boston/Toronto: Little, Brown and Company; 1985.
4. Moynihan R, Henry D, Moons KG. Using evidence to combat overdiagnosis and overtreatment: evaluating treatments, tests, and disease definitions in the time of too much. *PLoS medicine.* 2014; 11(7): e1001655.
5. Johnsen R, Baak JPA, Emblem AW, Holmberg L, Ikdahl T, Keiding N, et al. *Research-based evaluation of the Norwegian Breast Cancer Screening Program.* Oslo: The Research Council of Norway; 2015 (cited 2016 March 20).
6. Wennberg JE. *Tracking medicine. A researcher's quest to understand health care.* Oxford, New York: Oxford University Press; 2010.
7. Fortmann-Roe S. *Understanding the Bias-Variance Tradeoff.* <http://scott.fortmann-roe.com/docs/BiasVariance.html>: CSS from Substance.io; 2012 (updated March 20, 2016).
8. Vogt H, Hofmann B, Getz L. *The new holism: P4 systems medicine and the medicalization of health and life itself.* *Medicine, health care, and philosophy.* 2016 Jan 28.
9. Løgstrup KE. *Den etiske fordring.* Trondheim: Cappelen Forlag AS; 2000.
10. Fugelli P. *o-visjonen. Essays om helse og frihet.* Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
11. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. *Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes.* *Behav Res Ther.* 2006; 44(1): 1–25.
12. Deci EL, Ryan RM. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior.* New York: Plenum Press; 1985.

■ EIVIND.MELAND@UIB.NO