

OVERDIAGNOSTIK: BAGSIDEN AF SUNDHEDSVÆSENETS MEDALJE

ALEXANDRA BRANDT
RYBORG JØNSSON

LEKTOR, INSTITUT FOR MENNESKER OG TEKNOLOGI, ROSKILDE UNIVERSITET

Vi lever længere end nogensinde før. Det skyldes både, at vi har fået bedre levevilkår, og at den medicinske forskning har opnået banebrydende indsigter og resultater det sidste århundrede. Sygdomme, som vi før døde af, er i dag kroniske eller kan ligefrem helbredes. Nye teknologier og forbedrede behandlinger gør det muligt fx at operere selv meget gamle patienter og tilbyde medicinsk behandling med færre bivirkninger. Men der er også en bagside af medaljen. Det stigende antal undersøgelser, test og screeninger skaber nemlig overdiagnostik.



FOTO: SHUTTERSTOCK

HVAD ER OVERDIAGNOSTIK?

Helt kort er overdiagnostik, når et menneske får en diagnose, som det aldrig får gavn af, og hvor 'sygdommen', som er diagnosticeret, aldrig giver symptomer eller medfører døden. Det kan fx være, at man som 80-årig diagnosticeres med en udposning på mavepulsåren (abdominalt aorta aneurisme), som ikke kan eller ikke skal behandles, og man så to år senere dør af hjertestop.

Der findes tre mekanismer, som skaber overdiagnostik: Overdetektion, overdefinition og sygdomsprangeri. Overdetektion betyder, at sundhedsvæsenet finder for meget 'sygdom' fx ved screening af raske mennesker. Det kunne være kræftceller, som aldrig ville have givet symptomer eller udviklet sig, men som indfanges i et screeningsprogram. Overdefinition handler om, at vi udvider grænserne for, hvornår noget er 'sygt'. Til eksempel har grænsen for, hvornår man har forhøjet blodtryk, rykket sig fra 100+alder til i dag 140 for den øvre trykgrænse. Endelig er der sygdomsprangeri, som vi ikke har så meget af i Danmark, men som særligt i USA er et problem. Her 'opfindes' nye sygdomme, som reklameres med sammen med medicinske løsninger – fx 'sygdommene' vejvrede og tørre-øjne-syndromet.

LILLE-KURT OG KRÆFTEN, DER LURER

Nå ja, og hvad så, tænker du måske, men overdiagnostik har faktisk store konsekvenser for både individ og samfund. For mange vil det at få en diagnose skabe frygt og usikkerhed og kan have store følelsesmæssige og sociale omkostninger. Det gik op for mig under mit feltarbejde til min ph.d.-afhandling i 2015, hvor jeg fulgte ældre mennesker på Lolland med flere forskellige kroniske sygdomme i halvandet år af deres liv. En eftermiddag sad jeg og drak kaffe hjemme hos Lille-Kurt, en 73-årig mand, som havde haft type 1-diabetes det meste af sit voksne liv, og de seneste år havde han også haft leverproblemer på grund af for meget alkohol, og generelt var han præget af smerter i kroppen efter et langt arbejdsliv som sømand. På det tidspunkt kendte vi hinanden temmelig godt, og måske var det derfor, at han pludselig betroede mig, at der også var en anden sygdom. Han havde faktisk kræft. Seks år tidligere havde han rutinemæssigt fået taget en test for prostatakræft, den var positiv, og han kom i medicinsk, forebyggende behandling. Den medicinske behandling betød, at han ikke

længere havde nogen sexlyst, men det gjorde nu ikke så meget, for kæresten var alligevel flyttet ind til naboen. Nej, det var frygten for kræften, som nagede ham, sagde han med bærende stemme og tilføjede, at han nok ikke ville have en ny hund, når den, som lå på hans skød, gik bort, for "med sådan en kræftdiagnose ved man aldrig, hvornår man skal herfra."

Lille-Kurt gjorde stort indtryk på mig, men da jeg over frokosten på afdeling for almen medicin på Københavns Universitet delte hans historie om den nagende kræft, sagde en af lægerne: "Hvis han ikke har haft symptomer, er han nok overdiagnosticeret." På det tidspunkt havde jeg som samfundsfaglig uddannet aldrig hørt om begrebet, men mine medicinske kollegaer forklarede, at selvom prostatakræft kan være en forfærdelig smertefuld og dødelig sygdom, så får omkring 75 procent af de mænd i Danmark, som er diagnosticeret med prostatakræft aldrig symptomer og ender med at dø af noget andet. Til gengæld kunne jeg fortælle lægerne om Lille-Kurt og andre patienters perspektiv, og hvorfor patienter synes, at det at få en diagnose er godt, uanset hvad, for de tror, som en anden sagde til mig: "Det er bedre, at vide besked." Vi lever nemlig i et samfund, hvor mantraer som 'hellere forebygge end behandle', 'tidlig opsporing' og 'ansvar for egen sundhed' skaber en kultur, hvor det anses for både fornuftigt og moralsk rigtigt at opsøge og bruge sundhedsvæsenet, også når man ikke har symptomer, fx med et "50.000 km tjek," som en mand fortalte, at han fik.

Der blev grundstenen til min tværfaglige forskning lagt, for det kræver medicinsk og epidemiologisk viden om undersøgelser, diagnoser og behandlinger, som er unødvendige, og humanistisk og samfundsfaglig viden om kultur, politik og menneskelig adfærd at lave forskning om overdiagnostik.

OVERDIAGNOSTIK SKABER ULIGHED

På samfundsniveau har overdiagnostik den konsekvens, at sundhedsvæsenets i forvejen knappe ressourcer bliver skævt fordelt. Det beskrev den britiske læge Julian Tudor Hart allerede i 1971 i det anerkendte medicinske tidsskrift *The Lancet* med "The Inverse Care Law", hvor dem, som har mindst behov for sundhedsydelse, får mest, og omvendt, dem, som har mest behov for sundhedsydelse, får mindst. Med overdiagnostik spilder vi en masse af sundhedsvæsenets ressourcer og



PRIVAT FOTO

Af hensyn til anonymitet kan jeg ikke bringe et billede af Lille-Kurt, men her er jeg med en af mine amerikanske informanter. Jeg arbejdede som frivillig i et suppekøkken i en lille by i Pennsylvania og fik derigennem kontakt til og interviewede udsatte ældre.

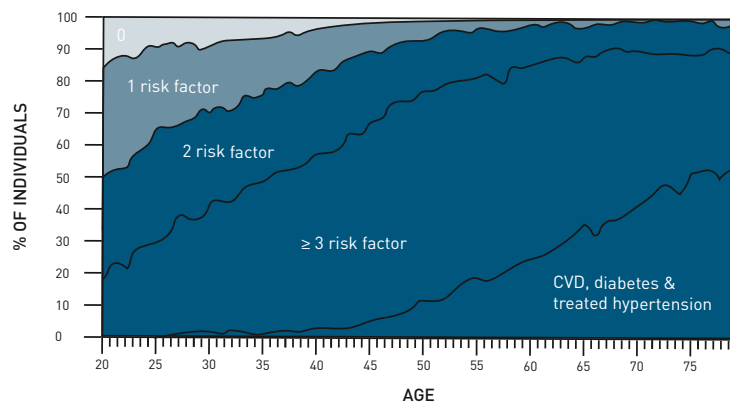
samfundets penge på unødvendige behandlinger og skaber derfor stigende ulighed i sundhed i Danmark. Lad mig give et eksempel: Et befolkningsstudie fra Nord-Trøndelag Fylke i Norge undersøgte, hvor mange i befolkningen, som havde hjertekarsygdom, eller en eller flere risikofaktorer herfor, fx forhøjet blodtryk eller forhøjet kolesteroltal (Figur 1). Det viste sig, at 96 % af befolkningen over 20 år har mindst én risikofaktor, og derved er der kun 4 % raske tilbage. Studiet er ovenikøbet udført i 2009, hvor grænsen for kolesteroltallet var 8, mens grænsen anno 2022 er 5, så formentlig er der endnu færre raske tilbage i dag.

SNART ER VI ALLE PATIENTER

Jeg synes, studiet fra Norge er særligt interessant, dels fordi Nord-Trøndelag Fylke-befolkningen er en af de længstlevende i verden, så bør vi virkelig diagnosticere alle risikofaktorer for hjertekarsygdomme? Dels fordi, hvis de praktiserende læger i Norge skulle behandle risikofaktorer og hjertekarsygdomme og altså overhovedet ikke noget andet, så ville det kræve, at antallet af læger blev fordoblet for blot at tage sig af denne ene opgave. Jeg har i min forskning også fulgt mennesker med svær psykisk sygdom, der statistisk lever 15-20 år kortere end dem uden psykisk sygdom. Mange af dem lever med lige præcis høj risiko for hjertekarsygdomme, men de synes, det er svært at skelne mellem symptomer på kropslig sygdom og deres psykiske lidelse, og mange har ikke en stærk tilknytning til deres egen læge. Det er lige præcis den gruppe, som har mest brug for sundhedsvæsenets ydelser, men som de praktiserende læger, hvis de skulle undersøge og behandle risikofaktorer hos alle, ikke ville have tid til at give den grundige og tidskrævende hjælp, de har brug for.

DER ER BRUG FOR HUMANISTISK OG SAMFUNDSFAGLIG VIDEN

Som forsker er undervisning og uddannelse en meget vigtig del af mit arbejde, ikke mindst fordi overdiagnostik kun kan mindskes, hvis både sundhedsfaglige og samfundsfaglige studerende får viden om problemet. Derfor har jeg sammen med professor i almen medicin, John Brodersen, skrevet verdens første lærebog om overdiagnostik. Men der mangler stadig mere viden: Der findes en række epidemiologiske studier, som påviser overdiagnostik. Problemet er, at overdiagnostik kun kan studeres på befolkningsniveau, for der kan ikke skelnes mellem en overdiagnostiseret



FIGUR 1
Can individuals with a significant risk for cardiovascular disease be adequately identified by combination of several risk factors? Modelling study based on the Norwegian HUNT 2 population.

Kilde: Petursson, H., L. Getz, J.A. Sigurdsson m.fl. (2009): Journal of Evaluation in Clinical Practice, 15(1): 103-109.

person og rettidigt overdiagnosticeret patient på individniveau. Og der mangler viden om, hvordan og hvornår overdiagnostikken opstår. Hvilke overvejelser og handlemuligheder har henholdsvis patienter og sundhedsprofessionelle i de diagnostiske processer? Jeg håber, at jeg i de kommende år kan få etableret en forskningsgruppe, der adresserer netop de spørgsmål. Hvis sundhedsvæsenet skal have ressourcer nok til alle i årene, der kommer, er det nemlig afgørende at få mindsket overdiagnostikken.

FORESLÅET LITTERATUR:

Jønsson, ABR & Brodersen, JB (2022): Snart er vi alle patienter. Overdiagnostik i medicinske og samfundsfaglige perspektiver. København: Samfundslitteratur



PRIVAT FOTO

Med antropologen på feltarbejde. Jeg meldte mig ind i det lokale orkester og fik derigennem kontakt til en række informanter. Af hensyn til anonymitet er ingen af dem på billedet medvirkende i studiet.