

Temanummer i BMJ: »Too much medicine«

Medikalisering gör friska människor sjuka

Medicinen lägger beslag på alltfler naturliga företeelser i livet, som håravfall, att föda, genetiska dispositioner och menopaus. Diagnoserna blir fler [1], läkemedelskostnaderna skenar och vi lever längre. Men ju dyrare sjukvård, desto sämre mår vi. I indiska Bihar är den självrapporterade sjukligheten betydligt lägre än i rikare delar av landet och i USA [2].

De flesta läkare har i grunden en positiv attityd till läkekonstens verktyg och till mediciner i synnerhet. Nästan lika självklart är att det finns en övre gräns bortom vilken medicinska insatser gör mer skada än nytta. Ett färskt exempel är den växande sjukfrånvaron. Även om den inte speglar en ökad sjuklighet är konsekvenserna otvetydigt negativa för landet som helhet, liksom för de sjukskrivna.

Processen att icke-medicinska problem definieras som sjukdom och behandlas därefter, kallas medikalisering [3]. Men när blir den kontraproduktiv? Hur yttrar den sig? Och vilka är drivkrafterna bakom denna medicinska »imperialism«? Dessa och andra frågor tog BMJ nyligen upp i ett temanummer med rubriken »Too much medicine?« Ett intressant ämne, inte minst med tanke på förslaget att tillåta medicinsk direktreklam till konsumenter i EU.

En av de första och mest radikala kritikerna av medikaliseringen var den österrikisk-amerikanske författaren och samhällskritikern Ivan Illich. Han såg sjukvårdsetablissemangen som ett hot mot folkhälsan. I boken »Limits to medicine« (Den farliga sjukvården) från 1976 hävdade han att tendensen att bekämpa smärta, sjuklighet och död förstör vår mänsklighet, eftersom dessa företeelser är en naturlig del av livet [4]. Mot detta kan man invända att kampen mot värk och elände också är en del av människans natur.

Illichs fräna polemik kan förstås upplevas stötande för den som viger sitt liv åt att minska lidande och hjälpa sjuka. Men även om vi inte tar honom på orden ligger det mycket i hans kritik. Att den rapporterade sjukligheten är större i USA än i Bihar tyder om inte annat på det – i länder med dyr vård känner folk sig sjukare. Visserligen är artikelförfattarens, ekonomen Amartya

Sen, poäng att självrapporterad hälsa är ett opålitligt epidemiologiskt verktyg – inget tyder ju på att den verkliga sjukligheten i Indien skulle vara lägre än i USA [2]. Resultaten pekar därför på att vårt behov av vård är en ousynlig källa, redo att utvinna av medikaliseringens intressenter.

På ett teoretiskt plan kan medikalisering leda till att sjukdomsrollen utvidgas, och att uppmärksamheten dras bort från andra, icke-medicinska lösningar [3], och att problemet flyttas från en strukturell nivå till en personlig. Konkret kan överdriven medikalisering leda till iatrogena skador. Resurser kan slösas bort eller styras bort från områden med större behov och i slutändan även äventyra en gemensamt finansierad sjukvård [5]. Å andra sidan kan tal om medikalisering användas som argument för att skära ner på viktig vård [6]. Utmaningen ligger alltså i att finna en gyllene medelväg mellan att bekämpa riskfaktorer, smärta och sjukdom in absurdom och att inta en defaitistisk hållning.

En intressant tanke som förs fram i en av ledarna är att betrakta hälsa som en förmåga att hantera livets onda realiteter [7]. Ett riskabelt synsätt förvisso, men mer funktionellt än WHO:s definition av hälsa: Totalt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande.

Den som vill förhålla sig till medikaliseringens natur måste reflektera över de svärdefinierade begreppen sjukdom och icke-sjukdom. Det gjorde BMJs läsare i en omröstning där de listade tillstånd som kunde rymmas under det sistnämnda. Redaktionen fick snabbt över 200 förslag, varav flera ingår i olika diagnosregister. Åldrande, fräknar, oro över penisstorlek, celluliter och jet-lag tillhörde de 20 vanligaste [8]. Redaktör Smiths slutsats är inte överraskande: Sjukdom och icke-sjukdom utgör ett kontinuum med flytande gränsdragning. Detta har naturligtvis medicinalindustrin genomskådat och som vi ska se satt i system att utnyttja. Men först något om medikalisering inom olika specialiteter.

Illich menar att den moderna medicinen oimintetgjort en naturlig död. Redan innan hans kritik sattes på pränt fanns dock en oro för hur döende patienter omhändertogs inom vården [9].

Aktuell utlandskronika

Oron blev startskottet för hospicerörelsen och utvecklingen av den palliativa medicinen. Men David Clark, professor i medicinsk sociologi, menar att det efterhand utvecklats motvikt till den palliativa medicinen som mer fokuserar vitala funktioner än mänskligt lidande.

En undersökning från ett sjukhus i New York 1996 visade exempelvis att 47 procent av alla patienter med demens eller långt framskriden cancer fick invasiv, icke-palliativ behandling under sina sista dagar. Denna trend kopplar han bland annat till föreställningen att samhället kan uppskjuta eller undvika alla dödsorsaker. Därmed kan Illich sägas ha fått rätt i sin kritik. Men även den palliativa medicinen har efterhand som den krupit mer »uppströms« i behandlingskedjan, avvikit från det ursprungliga målet om en värdig död och koncentrerar sig mer på de medicinska aspekterna av döendet, menar Clark. Det är en form för medikalisering, men inte nödvändigtvis negativ, anser han, eftersom den lindrar många patienters lidande och smärta.

Den förebyggande medicinen är kanske det mest forskningsintensiva området i västvärlden, och det investeras enorma summor. Lipitor är följaktligen världens mest förskrivna preparat, 11,5 miljoner amerikaner står på ett statinpreparat och Pfizers finansiella kapacitet är större än Sveriges [10]. Men behandlingsvinsterna kan vara marginella; det vittnar de stora populationer som ingår i studierna om. Resultaten av pravastatins primärpreventiva effekt på hjärt-kärlsjukdom (WOSCOP-studien) indikerar exempelvis att om 10 000 patienter tog medicinen under fem år skulle 9 755 av dem inte ha någon glädje av behandlingen.

Nick Freemantle och Suzanne Hill påpekar det paradoxala i att mediciner, trots effekten på morbiditet och mortalitet, utgör en utmaning för dem som ska utforma sjukvårdspolitiken. För även om hälsoekonomer i viss grad rättfärdigar användningen av dyra stati-

ner bygger deras analyser ofta på extrapoleringar och hypoteser som inte observerats under studiernas gång.

Baserat på sin kritik mot att betinga människor att få, snarare än att göra saker, ifrågasatte Illich om mentala hälsoarbetare alls var nödvändiga. Duncan Double ger honom inte rätt på den sista punkten, men menar att psykiatrins expansion (antalet diagnoser har ökat från 106 till 357 mellan 1952 och 1994 i DSM) baserad på den biomedicinska modellen gått för långt, och att denna uppmuntrar känslan av maktlöshet bland patienter [1]. Modellen har fört med sig en föreställning om att medicinsk behandling är en slags universalösning på allehanda problem. Vardagliga problem som tillhör den sociala sfären medikaliseras.

Som exempel nämner han social fobi och bokstavsdiagnoserna. Den första diagnosen är kliniskt svår att skilja från blyghet, den andra har symptom som överlappar frustrerade, oroliga eller uttråkade barns beteende. Double frågar därför om det stigande antalet bokstavsdiagnoser avspeglar en reellt ökad sjuklighet, eller om det är ett sätt att hantera den svåra uppgiften att förbättra livet i hem och skola. Genom att behandla patienterna medicinskt finns en klar risk att deras eget ansvar motarbetas, och att de underliggande problem som medicinen vill komma åt snarare förvärras, resonerar han.

Vilka är då krafterna bakom medikaliseringen? Helt uppenbart tycks allmänhetens förväntningar på vårdens förmåga underblåsa trenden. I en av ledartexterna påpekas att patienter och intressgrupper för olika sjukdomsentiteter kan ha moralisk och ekonomisk vinning av att få sitt lidande klassat som sjukdom [7]. Läkare, framför allt specialister, kan få ökad status när medicinen bryter nytt territorium. Och medierna hoppar gärna på karusellen av nyupptäckta medicinska faror, undermediciner och behovet att testa sig för än det ena, än det andra. Även för statsmakterna kan medikaliseringen erbjuda fördelar, genom att sociala och kriminella problem definieras som medicinska.

I en avslöjande artikel visar Ray Moynihan, Iona Heath och David Henry hur samspelet mellan medicinalindustrin, som sannolikt är medikaliseringens största drivkraft, och några av de nyss nämnda intressenterna kan se ut [5]. Uppenbarligen finns mycket pengar att tjäna på att berätta för friska människor att de är sjuka. Författarna menar därför att det i vissa sammanhang är mer adekvat att tala om »sjukdomsför-

säljning» än medikalisering. De ger exempel från Australien på hur läkemedelsföretag vid lanseringen av nya preparat medvetet överdrivit frekvensen av den aktuella sjukdomen, fått pressen att okritiskt haka på och återge siffrorna, lierat sig med patientorganisationer och läkare i opinionsbildande ställningar.

Allt för att skapa en medvetenhet om problemet och definiera ett behov.

Inom läkemedelsindustrin kallas processen medicinsk utbildning. Hur den kan gå till framgår av ett internt dokument från en PR-byrå som hade ansvar för GlaxoSmithKlines lansering av ett nytt preparat mot colon irritabile (IBS). Här står att IBS ska »etableras i doktorernas medvetande som ett signifikant och diskret sjukdomstillstånd», »patienter måste övertygas om att IBS är en vanlig och erkänd sjukdom». Vidare ska inflytelserika läkare från varje stat i Australien involveras för att ge företaget råd om det aktuella opinionsläget inom gastroenterologi, och vilka möjligheter som finns att forma det, och för att utveckla praktiska riktlinjer för hur sjukdomen ska hanteras osv.

Idag är medicinsk direktreklam till konsumenterna tillåten i USA och på Nya Zeeland, och detta övervägs nu också av EU. Argumenten för direktreklam, som i BMJ förs fram av två Merck-representanter, är huvudsakligen att reklam kan göra patienter uppmärksamma på problem som de annars hade negligerat, och de hänvisar till studier som påvisar en underdiagnostik av sjukdomar som hypertoni och osteoporos bl a [11]. Dessutom menar de att direktreklam bör ses som en del av den medicinska information som redan finns tillgänglig, inte minst på Internet där den i motsats till reklambranschen inte är reglerad.

Risken är å andra sidan är att ökad direktreklam förvandlar oss till friska hypokondriker som oroar oss till döds, menar Barbara Mintzes [12]. Omkring 40 procent av alla pengar som satsas går till reklam för tio mediciner, huvudsakligen nya och dyra mediciner, som kräver användning under många år, hävdar hon. Och reklamen har effekt; patienter efterfrågar medicinen, och läkare skriver ofta ut den, även om han eller hon har invändningar mot valet, menar författaren.

Om inte medikaliseringen hejdas är slutscenariot att vi alla en dag är sjuka eller arbetar inom sjukvårdsindustrin, att vi får en »ill for every pill». Av de begränsningar som föreslås i temanumret kan nämnas ett slags Cochraneinstitut, där medicinsk information evalueras

och godkänns som objektiv, och lagreglering av medicinsk behandling i livets slutskede för att hjälpa läkarna att stå emot anhörigas krav på meningslös behandling. Man kan tvivla på om förslagen räcker eftersom medikaliseringen livnär sig på en av människans djupaste instinkter – oron för sjukdom och död – och en av våra mest omhuldade drömmar – den om evig ungdom.

Referenser

1. Double D. The limits of psychiatry. BMJ 2002;324(7342):900-4.
2. Sen A. Health: perception versus observation. BMJ 2002;324:860-1.
3. Kawachi I, Conrad P. Medicalization and the pharmacological treatment of blood pressure. In: Davis P, editors. Contested ground. Public purpose and private interests in the regulation of prescription drugs. New York: Oxford University Press; 1996
4. Illich I. Limits to medicine. London: Marion Boyars; 1976.
5. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ 2002;324:886-91.
6. Ebrahim S. The medicalisation of old age. BMJ 2002;324:861-3.
7. Moynihan R, Smith R. Too much medicine. BMJ 2002; 324: 859-60.
8. Smith R. In search of »non-disease«. BMJ 2002;324:883-5.
9. Clark D. Between hope and acceptance: the medicalisation of dying. BMJ 2002;324: 905-7.
10. Freemantle N, Hill S. Medicalisation, limits to medicine, or never enough money to go around? BMJ 2002; 324: 864-5.
11. Bonaccorso SN, Sturchio JL. For and against: Direct to consumer advertising is medicalising normal human experience: Against. BMJ 2002;324:910-1.
12. Mintzes B. For and against: Direct to consumer advertising is medicalising normal human experience: For. BMJ 2002;324: 908-9.



Björn Ramel

leg läkare och frilansjournalist verksam i Köpenhamn