

Att inte må bra – är det sjukdom?

Sjukvården vacklar vid den diffusa gränsen mellan hälsa och sjukdom

Definitionen av många stora sjukdomsgrupper förändras med tiden – till följd av ökade möjligheter till undersökning och behandling samt av hur patienter, patientorganisationer och allmänhet betraktar avvikelser från en eftertraktad hälsa. Att inte må bra, något som alla kan uppleva, är inte detsamma som att vara sjuk. Sedan en tid finns en tendens att göra symtom till sjukdomsbegrepp samtidigt som många etablerade sjukdomar, t ex hypertoni och diabetes, ses i ett vidare perspektiv som riskbegrepp.

LARS WERKÖ
professor, Stockholm

■ Vad är sjukdom? Vad som konstituerar sjukdomsbegreppet är en fundamental fråga som fordrar mer utrymme än vad som är tillgängligt i en tidskriftsartikel. För att en läkare skall kunna ge en patient adekvat behandling måste läkaren kunna fastställa vad patienten lider av. Sjukvården är beroende av att rätt diagnos ställs och att alla har tillräcklig kunskap om och samma syn på vad som är sjukdom. Endast genom att veta hur symtom eller fynd skall tolkas kan en medicinsk diagnos bestämmas.

Det problem som sjukvården, de medicinska professionerna och allmänheten står inför är att gränsen mellan sjukdom och hälsa är diffus med en betydande gräzon. Inom denna »mår man inte bra«, ofta med ett förhärskande symtom. Detta kan kvarstå kortare eller längre tid och går i allmänhet över spontant. Det har beräknats att av 1 000 personer har cirka 700 under en månad symtom av något slag. Hälften av symtomen försvinner spontant, och nästan hälften försvinner efter besök hos läkare eller sjukvårdspersonal med någon obetydlig insats, medan ett 30-tal personer har sjukdomstillstånd som fordrar medicinska åtgärder.

Symtom förvandlas till sjukdom

Möjligheten att skapa nya sjukdomsbegrepp av godartade symtom har observerats i både vetenskapliga och populärvetenskapliga kretsar. De australiensiska journalisterna Ray Moynihan, Iona Heath och David Henry har visat hur läkemedelsindustrin bidrar till att skapa nya sjukdomar [1-3], och tidskriften »Forskning och Framsteg« har uppmärksammat detta i en serie artiklar [4, 5]. Journalisterna har som exempel an-

vänt tillstånd med något symtom som kan påverkas av en ny substans som annars inte skulle fått någon medicinsk användning. Vanligast är det fråga om substanser som tagits fram för någon etablerad sjukdom, men som inte varit tillräckligt verksamma för det ändamålet [1-3].

Ofta bidrar medicinska konsulter till sådan marknadsföring. Relevansen av till synes väl underbyggd information som drivs av entusiastiska missionärer är svår att bedöma. Detsamma gäller företagsinformation som beskriver nya sjukdomssyndrom som kan öka efterfrågan för en viss produkt. Mediernas brist på kunniga medicinjournalister hjälper företagen att sprida okritisk information till allmänheten – och även till representanter för sjukvården.

Ett exempel är det uppblossande intresset för impotens vid erektionssvårigheter hos män. Impotens är utan tvivel ett symtom som kan behöva behandlas vid vissa väl definierade tillstånd. Marknadsföringen av Viagra har emellertid nått långt utanför dessa. Från att ha varit något som knappast omnämnts annat än i begränsad omfattning har »erektil dysfunktion« blivit ett uttryck som nått enorm spridning. Budskapet i medierna

Tendensen att se på sjukvården som en aktivitet som tar hand om grupper, inte individer, leder till en verklighetsfrämmande inställning till vad sjukvård och läkekonst egentligen bör vara.

Se även artiklarna på sidan 2402, 2404 och 2410 i detta nummer.

har varit att »tala med din läkare – det finns hjälp«. Företag och medicinska konsulter försöker dessutom vidga indikationen till kvinnlig sexualitet. Annonsering till allmänheten har lett till att Viagra blivit ett varumärke som ingen i västvärlden kan undgå att komma i kontakt med [1].

Ray Moynihan, Iona Heath och David Henry ger andra exempel från Australien hur läkemedelsföretag skapar en ny sjukdom som kan bekämpas med en ny medicin [3]. Väl genomtänkt strategi med utnyttjande av reklam, vilseförande av godtrogna läkare och presenterande av entusiastiska rapporter från »botade« patienter kan skapa inte bara ett nytt behandlingsparadigm utan också ett tillstånd som kan få den vanliga sjukvården att framstå som efterbliven, okunnig och ointresserad av att hjälpa en lidande allmänhet.

Ett sådant exempel är flintskallighet. Flera företag har lanserat medel som kan öka hårväxt. När hårväxt blev en så utbredd biverkan att medlet inte kunde användas för den ursprungliga indikationen blev flintskallighet huvudindikation. Utan att direkt kalla tillståndet för sjukdom har en ny indikation uppstått.

Rubbade avföringsvanor, eller andra symtom från tarmkanalen, har befordrats till behandlingskrävande sjukdom med beteckningen IBS (irritable bowel syndrome) för vilken det nu finns en bot. En treårsplan för »medical education« från ett särskilt informationsföretag (»In Vivo Communications«) avser att uppföstra allmänheten att lätta tarmbesvär är tecken på en »credible, common and concrete disease«. Konceptet ingår i ett marknadsföringsprogram för en ny medicin [3]. Att detta är ett problem har andra observerat [6].

Ansaret för patientens helhet minskar

Om läkemedelsföretag, i samarbete med specialister i läkarkåren, på detta sätt omvandlar symtom till kliniska sjukdomsbegrepp finns det andra som utvecklar nya behandlingskrävande begrepp utan att de innebär sjukdom.

Den medicinska kunnandet är i stor utsträckning bundet till historiska kun-

skaper och begrepp, trots att det medicinska panoramat ständigt förändras. Hypertoni, blodtryckssjukdom, är ett illustrativt exempel på hur sjukdomar och sjukdomsbegrepp förändras. När jag började min sjukhuskarriär i mitten av förra seklet var hypertoni en svårbehandlad allvarlig sjukdom som drabbade många i medelåldern. Det fanns inte mycket att göra för dem som lades in på sjukhus med svår huvudvärk, neurologiska fynd och hjärtpåverkan med blodtryck kring 250/150 mm Hg. Det enda som stod till buds var den effektiva, men stympande, sympatektomi enligt Smithwick, eventuellt i kombination med binjureresektion.

Nu domineras diskussionen om behandling av hypertoni av hur avgränsning skall ske mot blodtryckets normalvärden. Hypertoni är inte längre en sjukdom utan en riskfaktor, eventuellt till och med endast en komponent i en riskekvation som inte behöver betraktas enskilt. Detta har lett till att mer än hälften av befolkningen anses behöva behandling, framför allt med blodtryckssänkande medel [7, 8]. Denna inställning drivs av läkemedelsindustrin och dess betalda kliniska »rådgivare«. Att blodtryckssjukdomen har förändrats kan knappast betvivlas, även om det inte väckt någon särskild uppmärksamhet.

En allmän tendens hos ansvariga kliniker tycks vara att det räcker med att beräkna en individs riskekvation och sedan i ett diagram finna hur denna skall behandlas. En australiensisk grupp har gjort en omfattande analys av förebyggande behandling av kardiovaskulära tillstånd [9]. Gruppen påpekar bland annat att indikation för behandling är väl så stor i högre åldrar som i medelåldern. Viktigast i gruppens analys är emellertid att det inte är riskfaktorerna var för sig som utgör behandlingsanledning eller -mål utan den beräknade totala risken: »Man bör inte stirra sig blind på enskilda värden utan på risken i dess helhet.« I analysen tas begränsad hänsyn till rökning, kost, fysisk aktivitet och psykosociala faktorer. Diskussionen om ett »polypiller« lämpligt för alla tycks inte försvinna, trots kritik mot idén.

Peter M Nilsson har tidigare i Läkartidningen fört ett teoretiskt resonemang om etiska, praktiska och vetenskapliga anledningar att behandla högt blodtryck med läkemedel [7]: »Att inte använda dessa om indikation föreligger är att undandra patienten en rimlig och evidensbaserad preventiv behandling« (min kursivering). Vad som är indikation överläts åt läsaren att bestämma. Slutsatser för det expertmöte som planeras för hösten 2005 är redan formulerade. I debatten representerar Peter M Nilsson de

Tabell I. Risk- och skyddsfaktorer av betydelse för insjuknande i hjärtinfarkt, enligt Yusuf och medarbetare [11].

	Oddsquot	Hänförbar risk, procent
<i>Risikfaktorer</i>		
Förhöjda värden av apolipoprotein B/apolipoprotein A1	3,25	49,2
Rökning	2,87	35,7
Psykosociala faktorer	2,67	32,5
Fetma	1,12	20,1
Hypertoni	1,91	17,9
Diabetes	2,37	9,9
<i>Skyddsfaktorer</i>		
Frukt och grönsaker	0,70	13,7
Fysisk aktivitet	0,86	12,2
Måttligt dagligt alkoholintag	0,91	6,7

specialister som knappast ser någon gräns för användningen av blodtryckssänkande medel. Arne Melander och Gunnar Ågren har dock framhållit betydelsen av folkhälsoarbete med betoning på andra risker än dem som kan behandlas med läkemedel [10].

Riktlinjer från olika vetenskapliga sällskap är mer heltäckande, men riskebedömning beräknas enbart på rökning, lipider och blodtryck [8]. De nio faktorer som enligt Yusuf och medarbetare »förklarade« 90 procent av senare hjärtinfarkt hade rökning och psykosociala faktorer bland de tre mest betydelsefulla riskerna [11]. Intag av frukt och grönsaker respektive ett måttligt alkoholintag förekom som skyddsfaktorer (Tabell I).

Den genomgående oviljan att betrakta psykosociala faktorer som reella kan möjligen sammanhånga med svårighet att ge dem en poängsiffra som kan ingå i de riskdiagram som blivit alltmer populära [7, 8]. Riskekvationer och »polypiller« minskar läkarens ansvar för patientens helhet. Individuell analys av patientens situation tycks knappast behövas.

»Riskspecialister« fjärran från verklighet

En liknande utveckling tycks typ 2-diabetes genomgå. Larmrapporter om ökande incidens av denna diabetestyp har följt i spåren av ökad fetma i befolkningen. Det finns anledning att ifrågasätta om tillståndet verkligen har ökat. Hur stor del av den rapporterade ökningen som beror på att experter i WHO eller specialistsällskap har ändrat gränsvärden för vad som är normalt fastblodsocker diskuteras sällan. Synen på diabetes börjar likna den som gäller hypertoni, eftersom diabetes ses som riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom. Dess del i vad som kallas det metabola syndromet kan medföra att förhöjt blodsocker kanske inte längre skall ses som en särskild sjukdom, utan som en komponent i den risk som det metabola syndromet utgör.

»Riskspecialisternas« föreställningsvärld bortser från individen och den komorbiditet som också fordrar åtgärder. Tendensen att se på sjukvården som en aktivitet som tar hand om grupper, inte individer, leder till en verklighetsfrämmande inställning till vad sjukvård och läkekonst egentligen bör vara.

Diagnosen är fundamental

Den kanske viktigaste åtgärden som åligger en läkare är att fastställa en sjukdomsdiagnos för de besvär en patient uppvisar. Detta är viktigt både för patienten, som därmed bekräftas i sin sjukdom, och för läkaren, som får en indikation för hur han/hon kan hjälpa patienten.

Ett stort och välformulerat internationellt bibliotek på diagnoser finns. Det utvecklas och förfinas genom bland annat WHOs försorg. Psykiatrien utnyttjar ett amerikanskt system för att klassificera diagnoser i allt större omfattning. WHO är mest engagerat i att kodifiera och registrera existerande diagnoser. Mera sällan diskuteras vad som konstituerar sjukdom och hur en diagnos skall definieras.

Läkarkåren måste aktiveras

Allmänheten – presumtiva patienter och beslutande politiker – måste delta i den allmänna upplärnings- och utbildningsprocess som den medicinska utvecklingen både fordrar och är beroende av. Denna utbildningsverksamhet får inte lämnas till kommersiella krafter. Inte heller torde Internet kunna ersätta de föredrag om hälsa och sjukdom som exempelvis Arbetarnas Bildningsförbund (ABF) (eller motsvarande) erbjöd. Tidigare försökte radion sprida kunskap om hälsa och sjukdom. Efterhand som fler medier förmedlar medicinsk information har ambitionen begränsats till mer »konsumentvänlig« information i korta nyhetsmeddelanden.

Med ökad specialisering har intern-

medicinen blivit den stora förloraren, och allmän internmedicin och allmänkirurgi ifrågasätts. Internmedicinarnas ledare (det finns ju en specialistförening, och universiteten har [väl] fortfarande professorer i internmedicin) borde granska dominerande diagnoser och deras underlag. Även psykiatrer/psykologer har anledning att granska diagnosfloran.

Tillsammans med kvalificerade epidemiologer är det möjligt att ta ett kritiskt grepp på vilka tillstånd som är av störst intresse för folkhälsan. De gamla sjukhusens årsberättelser har försvunnit, men Epidemiologiskt centrum inom Socialstyrelsen har alla möjligheter att hjälpa till med en djupdykning i sjukvårdens diagnosregister. Ett ställningstagande till det som kallas prevention med utnyttjande av riskekvation i stället för behandling baserad på diagnos skulle också vara av värde.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

annons

Referenser

1. Moynihan R. The marketing of a disease: female sexual dysfunction. *BMJ* 2005;330:192-4.
2. Moynihan R. The making of a disease: female sexual dysfunction. *BMJ* 2003;326:45-7.
3. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002;324:886-91.
4. Rose J. Gör mig hel. *Forskning och Framsteg* 2005; (2):28-33.
5. Fredholm L. Biverkningar som blev läkemedel. *Forskning och Framsteg* 2005;(2):33.
6. Raine R, Carter S, Sensky T, Black N. General practitioners' perceptions of chronic fatigue syndrome and beliefs about its management, compared with irritable bowel syndrome: qualitative study. *BMJ* 2004;328:1354-6.
7. Nilsson PM. Primärprevention av hjärt-kärlsjukdom bör styras av skattning av absolut risk. *Läkartidningen* 2005;102:456-7.
8. ESC Committee for Practice Guidelines. European Guidelines on CVD Prevention. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003;10(Suppl 1):S1-S78.
9. Jackson R, Lawes CM, Bennet DA, Milne RJ, Rodgers A. Treatment with drugs to lower blood pressure and blood cholesterol based on an individual's absolute cardiovascular risk. *Lancet* 2005;365:434-41.
10. Melander A, Ågren G. Långsiktig påverkan på hjärt-kärlsjukdomarna kräver brett folkhälsoarbete. *Läkartidningen* 2005;102:576-8.
11. Yusuf S, Hawken S, Öunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al; INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004;364:937-52.