

Bjørn Hofmann:

## Medikalisering og overdiagnostikk i et nordisk perspektiv

Moderne medisin er elsket og hatet. Samtidig som vi setter vår lit til medisinske fremskritt for å berge oss når det gjelder – og for å kunne utvide livet – kritiseres medisinen kraftig på en rekke områder. To av betegnelse som går igjen i kritiske debatter om moderne medisin, er medikalisering og overdiagnostikk. Disse nevnes ofte i samme åndedrag eller i samme kritiske setning (Frosch et al., 2010, Bandini, 2015). Medikalisering blir gjerne definert som en prosess der ikke-medisinske aspekter ved dagliglivet blir gjort til medisinske anliggender. Overdiagnostikk, på den annen side, blir definert som diagnostikk av en biomedisinsk tilstand som ikke ville resultere i symptomer, sykdom eller død, om den ikke var blitt oppdaget.

Medikalisering og overdiagnostikk har flere likhetstrekk, og enkelte hevder også at overdiagnostikk er en form for medikalisering (Rogers, 2015). Begrepene har da også mye felles. Begge setter kritisk søkelys på diagnostikk, og begge fører til at flere blir syke: Medikalisering, ved å la nye fenomener falle inn under sykdomsbegrepet, og overdiagnostikk, ved å detektere og behandle tilstander som ellers ikke ville blitt oppdaget. Resultatet er at flere blir syke. Begge begrepene spiller en viktig rolle i kritikken av moderne medisin. De brukes normativt til å reflektere over grensene til moderne medisin og for å drøfte hvilke helsetjenester som er unødvendige, nytteløse eller skadelige.

Samtidig er den noen viktige forskjeller mellom dem. Ikke alle tilfeller av medikalisering er overdiagnostikk og vise versa. Begrepene har også ulik historisk og ideologisk bakgrunn (Clark, 2014). Overdiagnostikk stammer fra helseprofesjonelles refleksjon over nytte av og grenser for diagnostikk, mens medikalisering har sine røtter i ekstern kritikk av moderne medisin – særlig fra samfunnsvitenskapene og filosofi (Maturo, 2012).

Hensikten i dette kapitlet er å synliggjøre forskjellen mellom medikalisering og overdiagnostikk og å vise hvordan disse forskjellene utspiller seg i «den nordiske modellen» for helsetjenester. Flere grunnleggende verdier i den nordiske modellen har trolig demmet opp for medikalisering. En generell skepsis mot unødvendige undersøkelser (og behandling) kan også ha redusert utbredelsen av overdiagnostikk. Dette kan komme til å endre seg når medikalisering sterkere drives fra andre aktører enn medisinerne, og der pasienter får større makt, samtidig som man ønsker å løse flere av samfunnets utfordringer ved hjelp av helsevesenet.

## Medikalisering

Betegnelsen kan spores tilbake til 1960- og 70-tallets kritikk av moderne medisin hos forskere og skribenter som Ivan Illich, I. Zola, Michel Foucault, R.D. Laing, Thomas Szasz og andre (Nye, 2003; Zola, 1972; Ballard & Elston, 2005).

Litteraturen er rik på eksempler på livsområder som blir medikalisert, slik som sjenertethet (Scott, 2006), sorg (Wakefield, 2012, Bandini, 2015), tristhet (Horwitz & Wakefield, 2007), kjærlighet (Earp et al., 2015), avhengighet (Clark, 2014), død (Goh, 2012), fattigdom (Sadler et al., 2009), aldring (Illich, 1976), graviditet, overgangsalderen, barnefødsel (Ballard & Elston, 2005), amming, seksuell funksjon (Moynihan, 2003, Moynihan et al., 2002), stemning, (barns) oppførsel (Sadler et al., 2009), rase (Duster, 2007), kriminalitet (Verweij, 1999) og skjønnhet og skallethet (Moynihan et al., 2002).

Begrepet medikalisering har ofte blitt definert ut fra visse egenskaper, slik som medisinsk autoritet og dominans, ut fra at grunnleggende eller alminnelige fenomener defineres og identifiseres som medisinske problemer, eller ut fra bestemte bakgrunnsteorier eller ideologier. Tabell 1 gir noen eksempler på slike definisjoner. Definisjoner som kombinerer disse tre aspektene, forekommer også.

**Tabell 1** Eksempler på definisjoner av medikalisering

Type definisjon	Eksempel på definisjon
Medisinsk imperialisme <ul style="list-style-type: none"> <li>• dominans</li> <li>• medisinsk autoritet</li> </ul>	Medikalisering er <i>utvidelse av medisinsk autoritet</i> til å gjelde for hverdagens fenomener (Metzl & Herzig, 2007) ut over sitt legitime grunnlag (Rose, 2007) Medikalisering er <i>utvidelse av sosial kontroll</i> der friske personer tilpasser sitt liv og sin livsstil til medisinsk informasjon, råd og prosedyrer (Verweij, 1999). Se for øvrig også (Davis, 2010).
Utvidelse av medisinenes gjenstandsområde: <ul style="list-style-type: none"> <li>• grunnleggende eller alminnelige fenomener defineres og identifiseres som medisinske problemer</li> </ul>	Medikalisering beskrives som en prosess der <i>ikke-medisinske menneskelige problemer</i> blir definert og behandlet som medisinske problemer (Sadler et al., 2009) vanligvis i form av sykdommer (Conrad, 2007) plager eller syndromer (Conrad og Barker, 2010). Å bruke <i>medisinske termer for alminnelige livshendelser</i> ved å bruke betegnelser som helse, uhelse eller sykdom for nye områder, slik som atferd, egenskaper, hendelser eller problemer, som tidligere var en del av hverdagslivet (Verweij, 1999; Zola, 1972).
Bakgrunnsteorier, modeller eller ideologier (kombinert med fenomener)	Medikalisering er en prosess der menneskelige problemer blir definert og behandlet som medisinske problemer. Det innbefatter å bruke <i>den biomedisinske modellen</i> som oppfatter helse som fravær av sykdom, og som er basert på reduksjonisme, individualisme og på en hang til det teknologiske (Clark, 2014).

Medikalisering er beslektet med helsismebegrepet, og «sykdomssalg» («disease mongering») har vært brukt som betegnelse for en bestemt form for medikalisering for å få frem den farmasøytiske industris interesse av å gjøre noe til sykdom for å selge sine produkter (Moynihan et al., 2002; Rogers & Mintzker 2016). Man har også pekt på medikaliseringens moralske aspekter, for eksempel at medikalisering vil svekke folks trygghet og tillit, og at det vil fremme helseangst og opplevelse av utvidet ansvar for egen helse (Verweij, 1999). Dessuten forutsetter og fremelsker medikaliseringen en spesifikk form for medisinsk kunnskap og et biomedisinsk perspektiv, noe som gjerne kalles epistemisk urettferdighet («epistemic injustice») (Wardrope, 2014) da visse typer kunnskap får forrang fremfor andre, eksempelvis den profesjonelles kunnskap om sykdom får forrang for den

enkeltes kjennskap til egen sykdom. I den senere tid har det også vært hevdet at medikalisering har utviklet seg fra å være et endimensjonalt begrep for kritikk av helseprofesjonenes dominans til å bli et multidimensjonalt begrep påvirket av en rekke aktører, inklusive pasienter, pasientorganisasjoner og farmasøytisk og medisinsk-teknisk industri (Conrad, 2007). I et samfunnsmessig perspektiv har medikalisering blitt så vel produktet av som grunnen til samfunnets tro på medisinsk kunnskap og praksis (Ballard & Elston, 2005).

Medikalisering har også blitt klassifisert på mange måter, for eksempel ut fra hvordan den oppstår. *Konseptuell* er medikaliseringen når den skyldes bruken av medisinsk terminologi på nye områder (eksempelvis «mammary ptosis» for at brystene synker ned og virker mer hengende med alderen), *institusjonell medikalisering* er når leger blir ledere uten utdanning eller ledertrening, og *interaksjonell medikalisering* er når leger definerer sosiale fenomener som sykdom (som for eksempel homoseksualitet) (Conrad, 2007). I tillegg har medikalisering blitt karakterisert ut fra *prosess* (alminnelige fenomener gjøres til sykdom) og *utbytte* (fører til helseangst), som noe *negativt* og noe *positivt* (der et oversett fenomen har fått oppmerksomhet), som noe *delvis* og *fullstendig* (eksempelvis der bare noen som har den medikaliserende tilstanden får oppmerksomhet fra helsevesenet) og relatert til en lang rekke aktører (helsepersonell, pasienter, industri, helsemyndigheter, politikere) (Conrad, 2005; Clark, 2014).

Det er altså mange måter å klassifisere medikalisering på. Kjernen synes å være at *forståelsesrammer, autoriteter eller metoder i medisinen får relevans og gyldighet på områder som tidligere ikke ble sett på som medisinske anliggender.*

## **Medikaliseringens drivere**

Det finnes en lang rekke drivere for medikalisering (Conrad, 2005). Enkelte av disse er knyttet til andre former for «-iseringer», slik som farmasøytifisering («pharmaceuticalization») (Maturro, 2012; Bell & Figert, 2012; Abraham, 2010), biomedikalisering (Cipolla, 2010; Clarke et al., 2010), og genetisering (Maturro, 2012; Lippman, 1998) av samfunnet. Hangen til menneskelig forbedring («human enhancement») synes også å være en drivkraft (Cipolla, 2010; Rose, 2007). Ikke bare leger, men også legemiddelindustrien, pasienter og pasientgrupper er kjerneaktører for medikalisering (Ballard & Elston, 2005). Det er samfunnet også.

Man kan også hevde at medikaliseringen øker som følge av at tre perspektiver på menneskelig plage glir over i hverandre: sykdom (disease), sykdomsopplevelsen (illness) og sykerollen (sickness)(Hofmann, 2002). Det profesjonelle perspektivet, *disease*, blir redefinert og utvidet til å omfatte den personlige opplevelsen av sykdom, *illness*, og sykerollen, *sickness*. Tilsvarende beskriver Maturro hvordan medikaliseringen involverer kropp, sinn og samfunn:

[I]t seems that today these three dimensions – body, psyche and society – are fully involved in the medicalization process. Moreover, health should be considered more as a «process», than a state. A process in which «physical, mental and social wellbeing» is constructed, maintained and rebuilt (2012).

Mens det kan være viktig å skille mellom medikalisering og andre sosiale konstruksjoner, slik som seksualitet (Garry, 2001), gjør endringen og utvidelsen av medikaliseringsbegrepet dette til en

utfordring. Eksempelvis er graviditet og fødsel i stor grad gjenstand for medisinsk oppmerksomhet og medikalisering.

I tillegg synes medikalisering å være verdidrevet. Sadler og kollegaer argumenterer for at medikalisering er drevet av en rekke ulike verdier (Sadler et al., 2009):

- ønsket om å håndtere sykdom på en mest mulig effektiv og lønnsom måte
- profesjonelles ønske om makt og rikdom
- ønsket om å fremme velferd og lykke
- behovet for å håndtere spenninger mellom individualisme og kollektivism
- behovet for å avpolitiserer vanskelige sosiale problemer
- behovet for raske og enkle (teknologiske) løsninger
- ønsket om å sprengte det menneskelige (transhumanisme, posthumanisme)

Det finnes altså en lang rekke drivere for medikalisering som bidrar til dens mangfold og utvidelse.

### ***Utviklingstrekk og trender***

Medikaliseringsbegrepet ble opprinnelig introdusert som en kritikk av legenes autoritet og dens negative konsekvenser. Ivan Illich påpekte at medisinenes overdrevne vitenskapelige og kulturelle autoritet gjorde medisinen til en trussel mot helsen (1976). Hans løsning ble en «verdsliggjøring av Asklepios' tempel», der medisinsk kunnskap skulle bli mer tilgjengelig for allmennheten og pasientene bli mer myndiggjorte.

Legestandens utvidelse av makt gjennom medikalisering ble etter hvert kritisert og begrenset på en rekke områder, eksempelvis gjennom lover og reguleringer, bioetikk, evidenskrav (kunnskapsbasert medisin) og pasienters krav om selvbestemmelse og respekt (Rose, 2007). Senere i medikaliseringsdebatten har imidlertid pasientene blitt skyteskiven for kritikken, mens man før skyldte på legene. Som Tomes uttrykte det:

Ignorant, irrational patient-consumers provide an easy explanation for the persistence of problems: they refuse to believe in the truths revealed by science or economics, they resist paying what services are worth; they seek the wrong services (Botox, breast implants) and ignore the prudent action (smoking cessation, healthy diet) (Tomes, 2007).

Etter hvert økte erkjennelsen av at medikaliseringen ikke bare var et resultat (av medisinernes økte makt), men at den var en kompleks prosess med en lang rekke aktører. Man innså også at medikaliseringen hadde positive (Sadler et al., 2009) og omgripende virkninger, og at visse ønskede goder ikke oppnås uten gjennom medikalisering. Medikamenter som Viagra lar seg for eksempel ikke frembringe uten medikalisering av seksualiteten (Garry, 2001). Det vil si, mens hensikten i medikaliseringsdebatten på 1960- og 70-tallet var å hindre makt og dominans fra medisinernes side,

har dette blitt mer nyansert i dag, hvor man også drøfter medikaliseringens positive sider (Ballard & Elston, 2005; Sadler et al., 2009).

Nicholas Rose argumenterer følgelig i en artikkel for at medikaliseringen

«has made us the kind of people we are» in three dimensions. First, by medically stimulated *infrastructure* and ways of *organizing human life*. Water supplies, sewage systems, vaccination etcetera, has made us live «medical forms of life». Second, a wide range of social phenomena are explained and given meaning in *medical terms*. Third, medical expertise has been extended to a wide range of life, such as death, grief, and reproduction (Rose, 2007).

Andre har påpekt at medikaliseringen individualiserer sosiale problemer (Conrad, 1992). Og, som Rose påpeker, medikaliseringen griper inn på alle livsområder og gjør oss til de personene vi er. Det var gjennom medisinen at mennesket ble gjenstand for positiv kunnskap – et levende individ hvis kropp og sjel kunne forstås med vitenskapelige metoder. Enkelte vil derfor hevde at medikalisering har mistet sin kraft og relevans som kritisk begrep i analysen av moderne medisin og dens rolle i samfunnet (Rose 2007). Medikalisering synes dermed ikke så nyttig som beskrivelse, som forklaring eller som kritikk lenger. Den har blitt for mangeartet og for kompleks, og er drevet av en rekke motiver og interesser. Det er langt fra åpenbart hvorfor det er verre å analysere noe i medisinske termer enn i andre termer, påpeker Rose (2007).

Noen vil derfor hevde at medikaliseringsbegrepets funksjon har gått fra å gjøre noe til et medisinsk anliggende til å gjøre det til «noe virkelig og relevant». På 1960- og 70-tallet skulle noe vinnes og kontrolleres ved å gjøre et problem eller en tilstand til et medisinsk anliggende. I dag gis noe aksept og status ved å gjøre det «medisinsk» (Svenaeus, 2015). Ved å defineres som et (bio)medisinsk fenomen øker problemets eller tilstandens anseelse og relevans (såkalt biomedikalisering) (Clark, 2014). Medisinens makt har endret seg fra å være noe eksternt og intervenserende til å bli noe altomfattende og ambivalent. Medikaliseringen kan med andre ord sies å ha glippet ut av hendene til outsiderne, i form av filosofene og samfunnsvitenskapene, og over i hendene til biologene. Medikaliseringsbegrepet har beveget seg fra en kritikk av medisinenes maktforhold til å bli et begrep for en endrende kraft i medisinen selv.

Sammenfattet kan man si at medikaliseringsbegrepet er forandret. Medikaliseringens former og kategorier er utvidet, og dens moralske betydning har blitt langt mer nyansert. Medikalisering er ikke lenger bare å gjøre dagligdagse ikke-medisinske fenomener til medisinske problemer, men omfatter også det å gjøre medisinsk identifiserbare fenomener betydningsfulle, for ikke å si «virkelige». Med dette kan man hevde at medikaliseringsbegrepet har sprengt sine egne rammer og blitt altomfattende. Medikaliseringen inkluderer nå å gjøre svulster til kreft og å gjøre Börjeson-Forsman-Lehmann syndrom til en genetisk sykdom. Ved å utvide medikaliseringsbegrepet til å omfatte det å gjøre alle tilstander til medisinske anliggender, og ikke bare ikke-medisinske fenomener, mister begrepet sin presisjon og deler av sitt kritiske potensial. Derfor trenger det differensiering og spesifisering. I den brede tolkningen omfatter også medikalisering overdiagnostikk.

## Overdiagnostikk

La oss nå vende oss til overdiagnostikk og analysere dette begrepet på samme måte. Betegnelsen stammer fra samme tidsepoke som medikalisering (1960-1970-tallet) og setter et kritisk søkelys på moderne biomedisin. Tidligere kalte man det for pseudosykdom og knyttet det til betegnelser som overdeteksjon, misdiagnostikk, nytteløs testing og overtesting (Carter et al., 2015b).

Overdiagnostikk er knyttet til en lang rekke tester for et bredt spekter av sykdommer. Her er noen få eksempler: prostatakreft, brystkreft, lungeemboli, astma, hypertensjon, ADHD, kronisk nyresvikt, diabetes, lungekreft, benskjørhet og kreft i skjoldbruskkjertelen (Welch & Black, 2010; Welch et al., 2011; Moynihan et al., 2012). Som ved medikalisering medfører overdiagnostikk en utvidelse av sykdomsbegrepet, men på en litt annen måte. Som vi har sett, har ikke-medisinske fenomener, slik som seksualitet, graviditet, fødsel, menopause, spisevaner, kriminalitet og aldring blitt definert som medisinske problemer og blitt gjenstand for medisinsk oppmerksomhet ved medikalisering. Ved overdiagnostikk er de aktuelle fenomenene allerede definert som medisinsk relevante, slik som ikke-invasive lesjoner i epitelet (i brystet), det vil si *duktalt karsinom in situ* (DCIS), som i noen tilfeller kan føre til brystkreft. Overdiagnostikk er gjerne definert som en diagnose av en tilstand uten symptomer og der diagnosen ikke medfører noen netto gevinst for personen. Med andre ord er overdiagnostikk oppdagelsen av (medisinsk relevante) avvik som aldri ville kommet til å plage oss (Welch et al., 2011). Forenklet sagt er det forstadier til sykdom, som aldri vil utvikle seg til sykdom.

Overdiagnostikkbegrepet har også blitt brukt i snever forstand, eksempelvis som en teknisk størrelse i beregning av overdiagnostikk på befolkningsnivå. Samtidig har det blitt brukt i vid forstand som et samlebegrep for ulike former for feilaktig diagnostikk (overdeteksjon, overforbruk, misdiagnose, inkludert overdiagnostikk i snever forstand). Noen synes det er nyttig å skille situasjoner der overdiagnostikk er et resultat av manglende kunnskap om hvordan tilstander utvikler seg, såkalt *feildeteksjonsoverdiagnostikk* (maldetection overdiagnosis), og der den skyldes endrede sykdomsdefinisjoner eller endrede terskelverdier, såkalt *feilklassifiseringsoverdiagnostikk* (misclassification overdiagnosis) (Rogers, 2015; Rogers & Mintzker, 2016). Det siste grenser til medikalisering, som vi skal se senere.

Det er betydelig uenighet knyttet til overdiagnostikk. Det er for eksempel mange måter å beregne overdiagnostikk på, og det er ingen enighet om hvilken som er best (de Gelder et al., 2011; Hofmann, 2014a). Grunnen er at å påvise overdiagnostikk forutsetter at man har profetiske egenskaper, fordi definisjonene inneholder beskrivelser som at tilstanden «vil aldri ville utviklet seg til sykdom hvis den ikke var blitt oppdaget» (Hofmann, 2014b). Men det vil man jo aldri få vite, for når man finner noe, eksempelvis forstadier til brystkreft, oppfattes det som uetisk å se an om vedkommende vil utvikle kreft om man ikke behandler. Slik sett deler overdiagnostikk noe av medikaliseringens uklarhet.

Det er viktig å merke seg at et tilfelle av (feildeteksjons)overdiagnostikk ikke er et falskt positivt testresultat, fordi det ikke er falskt. Diagnosen stemmer, men man vet bare ikke om den oppdagede tilstanden vil få noen følger for personen (om den forble uoppdaget eller ubehandlet). Et konkret tilfelle av oppdaget DCIS behøver ikke å føre til symptomer, sykdom eller død. Det er altså ikke det at man gjør DCIS til noe patologisk, som er kjernen i overdiagnostikk. Den er allerede patologisk. I sykdomslæren er DCIS kjent for å kunne føre til brystkreft og død. Bare tilfeller som ikke ville hatt

nytte av å bli oppdaget og behandlet, er overdiagnostikk. Det betyr at overdiagnostikk er et resultat av usikkerhet og utgjør et epistemisk grunnproblem. I medikalisering er det derimot tradisjonelt ikke-medisinske fenomener, slik som sorg eller seksualitet, som gis medisinsk betydning.

Om man bruker Bryan Wynnes skille mellom ulike typer usikkerhet (Wynne, 1992), kan man argumentere for at overdiagnostikk er et tilfelle av *prinsipiell usikkerhet*, mens medikalisering er et tilfelle av *ubestemthet*. I det første tilfellet vet vi hva som kan skje (personen kan utvikle brystkreft), mens usikkerheten er knyttet til at vi ikke kjenner sannsynligheten for at det skjer. I det andre tilfellet skyldes usikkerheten vårt sosiale engasjement: Det avhenger av hvorvidt vi tror at det er bedre for mennesker å gjøre sorg til en sykdom eller ikke. Det første er et epistemisk spørsmål om usikker diagnostisk nytte. Det siste er et spørsmål om klassifikatorisk (nosologisk) og sosial nytte.

Slik kan både medikalisering og overdiagnostikk oppfattes som sosiale konstruksjoner av sykdom (Hacking, 1999), hvor den «sosiale konstruksjonen» i overdiagnostikk er forskjellig fra den tradisjonelle formen for medikalisering. Å hevde at DCIS er en sosial konstruksjon innebærer at visse biologiske fenomener gjøres (konstrueres) til et viktig medisinsk fenomen av helsepersonell. Å hevde at sorg er en sosial konstruksjon innebærer derimot at et alminnelig emosjonelt fenomen gjøres til et helsefaglig anliggende av helseaktører (pasienter, helsepersonell, samfunnet, farmasøytisk industri). Det er altså en forskjell i fenomen og konstruktører i den «sosiale konstruksjonen».

Hvis man oppfatter sykdom som en modifierbar risiko (Schwartz, 2008, Temple et al., 2001), blir en lang rekke av tilstandene som behandles i dag, slik som hypertensjon og hyperglykemi, til sykdom. Fenomener som menopause, kriminalitet, skallethet og aldring oppfattes ikke like enkelt som modifierbar risiko, og derfor ikke som sykdom. Her kan man selvsagt hevde at risiko ikke oppfattes som sykdom i følge den dominerende biostatistiske teorien for sykdom (Boorse, 1975, Boorse, 2014, Schwartz, 2008) eller andre sykdomsteorier (Hofmann, 2015a). Dette er likevel irrelevant så lenge tilstandene som oppdages ved screening og tidligdiagnostikk, søkes og behandles som medisinske tilstander (eller som sykdom).

Overdiagnostikk er altså diagnostikk av en medisinsk identifisert tilstand som kan medføre sykdom og død, men som ikke gjør det. Det er ingen uenighet om den detekterte diagnosen. Den er korrekt. Problemet er at vi ikke vet hva tilstanden fører til. Den samme type tilstand oppdaget hos ett menneske kan redde livet, mens det hos andre vil medføre unødvendig diagnose og behandling, med potensielt påfølgende skadevirkninger. Overdiagnostikk er et uunngåelig resultat av tidligdeteksjon av tilstander som kan medføre sykdom (slik det er definert i medisinske termer). Dette resulterer i svært opphetede debatter om hvorvidt vi skal se etter slike tilstander, men ikke om hvorvidt de er medisinske tilstander som kan medføre symptomer, sykdom og død.

Derfor gjør overdiagnostikk spesielle *enkeltforekomster* av medisinske tilstander til medisinske anliggender som blir unødvendig diagnostisert og potensielt behandlet. Andre – for den medisinske ekspertisen identiske – enkelttilfeller blir korrekt oppfattet som medisinske anliggender. Med medikalisering er det (menneskelige ikke-medisinske) *tilstander*, og ikke enkeltforekomster, som gjøres til medisinske anliggender.

La oss tenke oss en gitt person, Brita, som er diagnostisert med DCIS gjennom mammografiscreening. Hun er i tillegg i sorg som følge av nylig å ha mistet mannen sin. Brita ville (kontrafaktisk) ikke ha opplevd å få brystkreft om hun ikke var blitt screenet, og hun ville ikke ha fått diagnosen sorg («major depressive disorder») før DSM-5. Er så Brita overdiagnostisert og medikalisert? Brita er utvilsomt overdiagnostisert, da hennes situasjon faller inn under definisjonen av overdiagnostikk. Men er hun medikalisert? Hun opplever utvilsomt sorg etter tapet av mannen, men det er sorgen som er medikalisert, ikke Brita.

Overdiagnostikk likner altså på medikalisering, men det er noen vesentlige forskjeller.

### ***Overdiagnosikkens drivere***

Overdiagnostikken har mange drivere (Hofmann, 2014b; Hofmann, 2015b). For det første er det helt åpenbart at ønsket om å oppdage sykdom tidlig og derved å forhindre alvorlig sykdom og død er en av de viktigste driverne for utvikling av diagnostikk, men også for overdiagnostikk. I tillegg er den medisinske industrien som ønsker å utvikle og implementere stadig bedre diagnostisk teknologi, en viktig drivkraft, enten i allianse med profesjonelle eller pasienter (Payer, 2006). Helsepersonell har klare faglige interesser av å bruke mer følsom diagnostisk teknologi til beste for pasientene, men vil også fremme profesjonelle interesser og prestisje. De er i tillegg redde for å overse «tikkende sykdomsbomber» som kunne vært oppdaget (Wiener et al., 2013, Lin et al., 2008). Helsepersonell engster seg for at de skal angre på beslutninger om ikke å teste (Tymstra, 1989), og for moralske og juridiske følger (Lin et al., 2008). Tilsvarende kan redusert faglig selvsikkerhet også medføre økt testing og følgelig økt overdiagnostikk.

Utvidelsen av sykdomsbegrepet er også en viktig drivkraft for overdiagnostikk («disease inflation», «disease creep») (Moynihan et al., 2014). Det å inkludere (uforutsigelige) forstadier i sykdomsdefinisjoner eller å inkludere ulike «pre-tilstander», slik som prediabetes og predemens, vil også øke overdiagnostikken. Det samme vil skje når fagpersoner eller pasienter fremmer visse sykdommer (som har uklar etiologi og prognose), slik som myalgisk encefalopati (ME), eller når legemiddelindustrien fremmer diagnostiseringen av visse tilstander, slik som lavt T (lavt testosteron) fordi man har et medikament som kan behandle tilstanden.

Teknologi er en sterk driver for overdiagnostikk. Ved hjelp av økt diagnostisk følsomhet vil det oppdages stadig mildere tilstander som ikke vil utvikle seg til symptomer og sykdom. Den tilsynelatende suksessen til ny diagnostisk teknologi fører også til at det fokuseres mer på surrogatendepunkter, slik som senket blodtrykk, senket kolesterol, eller redusert svulststørrelse. Når man oppdager stadig flere og mildere tilstander, øker oppmerksomheten omkring tilstanden, noe som igjen medfører økt testing. Oppdagelsen av mildere tilstander vil resultere i økt overdiagnostikk og derved mer overbehandling (ved at behandlingsterskelen senkes).

På den annen side er pasienter mer informerte om de mange diagnostiske mulighetene, og flere forlanger tester. Flere bekymrede friske resulterer i mer overdiagnostikk. Dette forsterkes av media, som fremmer overdiagnostikk, både ved å spille på og fremme helseangst, men også ved ensidig å fremstille «diagnostiske tabber» der tilstander ikke ble oppdaget. Media avdekker sjelden tilfeller der



noen unødig har fått en diagnose, har blitt behandlet og har fått bivirkninger av behandlingen. Disse pasientene er som regel lykkelig uvitende om at de er overdiagnostisert og overbehandlet. De tror derimot at de er reddet. Dette fenomenet har blitt kalt «popularitetsparadokset» (Raffle & Muir Gray, 2007).

Generelle holdninger og forestillinger bidrar også til overdiagnostikk. Forestillinger som at «det er bedre å vite enn ikke å vite», «det nye er bedre enn det gamle» (*Argumentum ad novitatem*), «tidlig er bedre enn sent», «det avanserte er bedre enn det enkle» og «mer testing er bedre enn lite testing» er med på å forsterke overdiagnostikk. Tilsvarende er risikoaversjon og usikkerhetsaversjon samt frykt for juridiske følger med på å øke overdiagnostikken.

### **Trender og utviklingstrekk**

Overdiagnostikk har vært en teknisk term for å beskrive en korrekt, men nytteløs (og til dels skadelig) diagnose. Den har et epistemologisk grunnlag; utfallet er usikkert. Overdiagnostikk representerer slik sett en intern kritikk av moderne medisin (og helsefaglige vitenskaper). Målet har ikke først og fremst vært å stoppe dominans og makt, men primært å unngå skade. Ett av problemene med snevre tekniske forståelser av overdiagnostikk er at de forutsetter kontrafaktisk informasjon, eller profetier. Per nå er det ikke mulig å forutsi om et tilfelle av DCIS vil utvikle seg til brystkreft eller ikke. Studier av slumrende sykdom (indolent disease) sett når man obduserer døde personer kan gi reelle svar på overdiagnostikkens omfang, men slike studier blir stadig vanskeligere å gjennomføre ettersom flere og flere blir screenet og undersøkt. Poenget er at det er vanskelig å vite om en person ville utviklet symptomer eller blitt syk dersom man ikke hadde oppdaget den aktuelle tilstanden.

British Medical Journal, ett av verdens ledende medisinske tidsskrift, har hatt en kampanje kalt «Too much medicine» og ChoosingWiselyCampaign ([www.choosingwisely.com](http://www.choosingwisely.com)) som kan tjene som eksempler på at overdiagnostikk har blitt en del av mer overordnede (og mer ideologiske) debatter. Dersom dette er korrekt, har overdiagnostikk beveget seg fra en snever og teknisk intern kritikk og blitt en del av en større ideologisk fundert kritikk av overdreven medisin. Slik sett er overdiagnostikkbegrepet utvidet mot mer ideologiske tema (mens man kan argumentere for at medikalisering har mistet noe av sin ideologiske brodd og beveget seg bort fra ikke-medisinske og mot mer medisinske fenomener).

### **Medikalisering og overdiagnostikk**

Tabell 2 gir en sammenstilt oversikt over kjennetegnene til medikalisering og overdiagnostikk. Som det fremgår av tabellen, er det mange likheter. Både medikalisering og overdiagnostikk gjør flere mennesker syke, det vil si, de gjør at flere personer blir klassifisert som syke og får flere til å oppfatte seg som syke. Begge spiller en viktig rolle i kritikken av moderne medisin, og særlig i å kritisere tvilsom utvidelse av medisinsk aktivitet. Medikalisering og overdiagnostikk medfører samme type moralske reaksjoner, da begge setter søkelyset på unødvendig, nytteløs og skadelig helsetjeneste. Begge kritikkene synes å basere seg på en slutning fra *er* til *bør*: Fordi noe – eksempelvis et ikke-medisinsk fenomen ved medikalisering og et medisinsk identifiserbart fenomen ved

overdiagnostikk – ikke vil *være* til nytte for personen (eller gruppen av personer), så *bør* ikke fenomenet gjøres til sykdom.

Begge begrepene er dessuten uklare ved det at det ikke er åpenbart hva de refererer til. Ved medikalisering er det ikke åpenbart hvordan medisinske fenomener skilles fra ikke-medisinske fenomener (Fabrega, 1980). Overdiagnostikk, på den andre siden, er uklart fordi det forutsetter profetiske eller kontrafaktiske egenskaper for å vite hvilke tilstander som er overdiagnostikk og ikke, fordi man ikke vet om en person vil utvikle symptomer og sykdom når diagnosen stilles (Hofmann, 2014b). Hverken medikalisering eller overdiagnostikk er enkle begreper å operasjonalisere og måle.

Enkelte argumenterer for at overdiagnostikk er en form for medikalisering (Rogers, 2015). Som man kan se av tabell 2, holder det ikke å gjøre flere mennesker syke for at en medisinsk ekspansjon er medikalisering. «Ikke-medisinske problemer» og «menneskelige problemer eller opplevelser» må bli medisinske i henhold til tradisjonelle forståelser av medikalisering. DCIS er et medisinsk definert fenomen og ikke et fenomen som er (direkte) gjenstand for menneskelig erfaring. Å gjøre sorg og hypertensjon til sykdom involverer helt klart å gjøre fenomener patologiske og å skille dem fra «normale tilstander». Ikke desto mindre, det første tilfellet er ikke enda målt eller monitorert med medisinske midler, mens det siste allerede er gjenstand for medisinsk oppmerksomhet (ved bruk av medisinsk teknologi) (Hofmann, 2001).

Man kan selvsagt argumentere for at definisjonen av medikalisering kan utvides til også å omfatte biomedisinske fenomener, eksempelvis ved å definere medikalisering som det å gjøre «biologiske, mentale, sosiale eller kulturelle fenomener til medisinske anliggender», og medikalisering vil da omfatte overdiagnostikk. Problemet er at da blir definisjonen sirkulær fordi biologiske fenomener allerede er definert som medisinske anliggender. Dessuten må man endre definisjonen av overdiagnostikk, som forutsetter et skille mellom medisinske og ikke-medisinske fenomener. Hyperkolesterolemi er ikke et ikke-medisinsk fenomen, siden vi ikke har noen opplevelse av dette utenom gjennom instrumenter og målinger. På den annen side må vi innse at folk erfarer sine tilstander mer og mer ut fra medisinsk instrumentering (Nessa & Malterud, 1998).

Videre er ikke medikalisering en kvalitativ term og har (i den vide forstanden) ikke latt seg måle. Overdiagnostikk er, på den annen side, målbar og forsøkes målt hele tiden (Carter et al., 2015a; de Gelder et al., 2011; Welch & Black, 2010). Her kan man selvsagt innvende at overdiagnostikk ikke er målbart det heller, siden dette bare kan måles indirekte, og det ikke er noen enighet om beregningsmetodene (de Gelder et al., 2011). Som påpekt, overdiagnostikk er i prinsippet målbart på to forskjellige måter. Enten som patologisk reserve hos personer som ikke har vært screenet, og som døde med tilstanden eller ved å følge personer som har blitt diagnostisert, men der man ikke gjør noe på bakgrunn av diagnosen. Det synes derfor å være korrekt å hevde at medikalisering er en kvalitativ størrelse, mens overdiagnostikk er en kvantiserbar størrelse.

En annen forskjell mellom de to begrepene er at medikalisering gjør at et (ikke-medisinsk) fenomen endrer betydning mens fenomenet i overdiagnostikken (tilstanden, for eksempel polypper i tarmen) hele tiden har vært ansett for å være medisinsk relevant. En av grunnene til å gjøre sorg til sykdom var å øke betydningen av tilstanden, slik at man bedre kunne hjelpe. Tilsvarende var en av grunnene

til å gjøre konsentrasjonsvansker til et medisinsk anliggende å få bukt med fenomenet. Overdiagnostikk sikter ikke på å endre eller øke en tilstands betydning. Tilstandens betydning er uendret, men usikker. Vi vet at DCIS kan resultere i brystkreft, og at polypper kan resultere i tarmkreft. Begge har derfor negativ betydning. Problemet er at vi ikke vet når det skjer.

**Tabell 2** Oversikt over forskjeller og likheter mellom medikalisering og overdiagnostikk

	<b>Medikalisering</b>	<b>Overdiagnostikk</b>
<b>Faglig bakgrunn</b>	samfunnsvitenskapene (eksternt)	helsefag (internt)
<b>Etymologi</b>	iatrogenese	pseudosykdom
<b>Relaterte termer</b> <b>Synonymer</b>	sykdomssalg (disease mongering), helsisme (healthism)	overdeteksjon, misdiagnose, nytteløs diagnose, overtesting (lanthanic disease)
<b>Moralsk mål med å bruke begrepet</b>	maktbalanse (unngå medisinsk imperialisme og utvidet helsetjeneste), unngå visse rasjonalitetsformer, oppretholde livets rikholdighet og diversitet, unngå helseangst, fremme moralske plikter overfor egen helse	berettigelse (unngå nytteløshet), ikke skade ( <i>premium non nocere</i> ), unngå unødige intervensjoner, oppretholde tillit til helsepersonell og helsetjenesten
<b>Eksempler</b>	sjenerthet, sorg, tristhet, kjærlighet, avhengighet, død, fattigdom, graviditet, fødsel, amming, skallethet, menopause, seksuell funksjon, stemning, oppførsel, utseende, rase, aldring, shopping	prostatakreft, brystkreft, lungeemboli, astma, hypertensjon, ADHD, kronisk nyresvikt, diabetes, lungekreft, benskjørhet, kreft i skjoldbruskkjertelen
<b>Definisjon</b>	en prosess der menneskelige problemer defineres og behandles som medisinske problemer	en diagnostisert tilstand som ikke ville utvikle seg til symptomer eller sykdom om den var forblitt uoppdaget
<b>Sykdomsperspektiv</b>	Sykerolle (sickness)	Sykdom (disease)
<b>Sykdomsbegrepet</b>	utvidelse av sykdomsbegrepet til nye fenomener	bruk av betegnelsen sykdom på tilfeller som ikke ville utviklet seg til sykdom
<b>Type usikkerhet</b>	ubestemthet (sosial forpliktelse)	prinsipiell usikkerhet (epistemisk)
<b>Gjelder (hvilket nivå)</b>	tilstander	personer og grupper
<b>Bekymring for nytteverdi</b>	klassifikatorisk (sosial) nytte	diagnostisk nytte
<b>Typer</b>	Medikalisering kan være: <ul style="list-style-type: none"> <li>• konseptuell</li> <li>• institusjonell</li> <li>• interaksjonell</li> </ul>	Overdiagnostikk kan oppfattes som: <ul style="list-style-type: none"> <li>• at flere personer blir diagnostisert</li> <li>• overskudd av diagnostiserte tilfeller</li> <li>• uunngåelige diagnoser på grunn av usikkerhet (om sykdomsutvikling)</li> <li>• ekstra diagnoser sett i forhold til antall forhindrede dødsfall</li> <li>• ekstra behandling sett i forhold til antall forhindrede dødsfall</li> </ul>
<b>Intensjon – prosess – effekt</b>	Intendert prosess	Uønsket (og delvis uunngåelig) bieffekt

<b>Drivere</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• farmasøytisering</li> <li>• genetisering</li> <li>• biomedikalisering</li> <li>• ønske om forbedring av mennesket og dets tilværelse (human enhancement)</li> <li>• endring eller økning av betydningen til et (ikke-medisinsk) fenomen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sykdom (utvidelse av definisjon)</li> <li>• teknologi (økt nøyaktighet)</li> <li>• pasienter (ønsker tester)</li> <li>• profesjonelle (defensive eller ekspansive)</li> <li>• medisinsk industri</li> <li>• media (hauser opp, spiller på håp, skjev fremstilling)</li> <li>• generelle trender (riskikoaversjon, troen på det nye etc.)</li> </ul>
<b>Utvikling</b>	<p><i>opprinnelig</i>: Kritikk av autoritet («doctor-blaming»)</p> <p><i>deretter</i>: Utvidet kritikk («patient-blaming»)</p> <p><i>nylig</i>: Mer nyansert, medikalisering er både positivt og negativt («bionic society»)</p>	<p><i>Opprinnelig</i>: Teknisk term for korrekt, men nytteløs diagnostikk (intern kritikk)</p> <p><i>Nylig</i>: Ideologisk term for å kritisere overdreven (skadelig) medisin</p>

Oppsummert har medikalisering blitt en mer spesifisert term i betydningen farmasøytifisering, genetisering og biomedikalisering, og derved blitt mer «teknisk». Medikalisering i vid forstand omfatter også andre enn opplevde og ikke-medisinske fenomener, og har slik blitt mer altomfattende, og inkluderer i vid forstand overdiagnostikk og vanlig diagnostikk. På den andre siden synes overdiagnostikk å ha blitt mer ideologisert. Derfor kan man argumentere for at den opprinnelige forskjellen mellom medikalisering og overdiagnostikk blir utvannet. I fremtiden, med såkalt P4-medisin (prediktiv, preventiv, persontilpasset og deltagende), er det mye som tyder på at medikalisering vil utvides ytterligere, og overdiagnostikk vil opphøre å eksistere som meningsfullt begrep (Hofmann 2016).

## Medikalisering og overdiagnostikk i nordisk helsestell

Det har vært debatter om både medikalisering og overdiagnostikk i de nordiske landene, men de ser ut til å ha vært mer avmålte enn i mange andre land. Eksempelvis er det forholdsvis få artikler om medikalisering og overdiagnostikk i de nordiske legetidsskriftene. Et søk på «medikalisering» ga 142 treff i Tidsskrift for Den norske legeforening (26.02.16). De fleste er fra ledere og debattinnlegg, og bare 9 treff stammer fra originalartikler. Flertallet kommer fra publikasjoner rundt årtusenskiftet, og antall treff synker merkbart mot 2016. For overdiagnostikk gir det norske legetidsskriftet 68 treff, og de fleste er publisert etter 2012. Tre er originalartikler, og seks er oversiktsartikler. Søk i de andre nordiske tidsskriftene gir tilsvarende resultater. Det samme gjør søk i Google Scholar med de nordiske termene.

Dette kan tyde på at medikaliseringsdebatten (eller bruken av termen medikalisering) har avtatt de senere år, mens bruken av termen overdiagnostikk har økt tilsvarende. Uansett er det få vitenskapelige artikler om temaet, og de fleste handler om screening – særlig screening for brystkreft, men også noen for prostata. At det finnes få primærstudier i Norden, kan selvsagt skyldes at det er vanskelig å gjøre gode studier på overdiagnostikk, og at vi reelt sett bare har egnede data

ved noen få screeningprogrammer. Det skulle likevel ikke forhindre en utstrakt debatt om dette i Norge med basis i utenlandsk forskning.

Hvorfor er det da slik at medikaliseringsdebatten ser ut til å være avtagende, samtidig som overdiagnostikkdebatten er økende, mens de samlet sett er forholdsvis beskjedne? Hva er spesielt med de nordiske landene? Den nordiske modellen er karakterisert av et offentlig helsevesen med forholdsvis lav grad av privat inntjening på behandling. Vi har et samfunn med høy grad av sosial kapital, med tydelige kulturelle motstemmer mot medisins definisjonsmakt og skepsis til medisiner av sosiale avvik, samt en viss grad av motstand mot liberal testing og screening blant helsepersonell. La oss derfor se litt nærmere på medikalisering og overdiagnostikk i et slikt lende.

Et offentlig helsestell der alle har tilgang til helsetjeneste, og der det er forbudt med reklame for visse produkter og helsetjenester, er i mindre grad drevet av «sykdomssalg» og kommersielle krefter enn i mange andre land. Det å selge en diagnose for så å selge diagnostiske og terapeutiske teknologier har derfor ikke den samme utbredelsen. Dette betyr selvsagt ikke at de nordiske helsevesenene ikke er utsatt for det samme kommersielle presset som i andre land, men bare at noen av de fremmede kanaler er stengt.

Samtidig kjennetegnes de nordiske landene av måteholds- og dugnadsideologi. Dette preger også fagfolk, som kan hevdes å være noe mer måteholdne enn sine kollegaer i andre land med å ta i bruk ny diagnostisk teknologi. Det har vært en naturlig skepsis og forsiktighet som, i hvert fall til en viss grad, har balansert iveren etter det nye og å være med i tet. Dette kan også sees i lys av en form for «puritisk ideologi» der helsefagene skal være «rene» og ikke besudles med tilstander og forhold som ikke er helsefaglige anliggender. Man har hatt en forholdsvis levende grensebevissthet, der helsetjenesten har helse og sykdom som gjenstandsområde og der man har hatt en rimelig klar avgrensning mot andre velferdsaspekter. Dette kan vi tydelig gjenkjenne i opphetede debatter om omskjæring, der helsepersonell har gått klart ut og argumentert med at helsetjenesten ikke skal brukes til ikke-medisinske formål. Slike holdninger kan utvilsomt ha bidratt til å demme opp for medikaliseringstendenser.

På den annen side er det en stor grad av sosialt engasjement i det nordiske helsevesenet, der iveren etter å hjelpe – særlig sårbare grupper – står sterkt. Man kunne derfor tenke seg at man i de nordiske landene hadde en tilbøyelighet til å gjøre ulike dagligdagse og sosiale fenomener til helsefaglige anliggender, for slik å hjelpe mennesker. Når det i mindre grad skjer, kan det skyldes at ønsket om å hjelpe i stor grad har blitt kanalisert utenom helsetjenesten og gjennom ulike former for sosialtjeneste. Samtidig med dette må vi erkjenne at helsetjenesten i stadig mer blir sett på som en «universalløsning» for stadig flere av de utfordringene som de nordiske samfunnene møter. Det er derfor et press for å utvide helsetjenestens virkefelt, og derfor også for økt medikalisering.

Samtidig er de nordiske landene preget av åpne debatter, anti-autoritære holdninger og tydelige likhetsidealer. Det finnes mange og tydelige kulturelle motstemmer mot maktansamlinger, ikke minst i media. Dette har også bidratt til å begrense medisins definisjonsmakt. Selv om det finnes eksempler på at medisinen (og særlig psykiatrien) har vært frempå i håndteringen av sosiale avvikere, har vi vært forholdsvis forsiktige med å medisiner sosiale avvik. Samtidig er det interessant å merke

seg at ettersom pasienter har fått større formell makt etter helserettsreformen fra 1999 og medikalisering har vist seg å bli drevet like mye av pasienter og interesseorganisasjoner, kan medikaliseringen få et oppsving også i de nordiske landene. Vi har mange eksempler der grupper argumenterer for at deres tilstand er en sykdom, og at de derfor har rettigheter i helsevesenet. Man kan da komme i den interessante situasjonen at «pasientene» arbeider for medikalisering, mens helseprofesjonene holder igjen.

Likhet og solidaritet har vært fremtredende verdier, og helsevesenet nyter stor tillit i de nordiske landene – på tross av til dels krass kritikk. Dersom noe tilbys som en helsetjeneste, oppfattes det som en anbefaling eller en oppfordring. Dette gjelder for eksempel deltagelse i forskning (Mor-barnundersøkelsen og Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, HUNT), men også i screeningprogrammene. Det har blitt oppfattet som en dugnad å delta. Imidlertid har man gitt ubalansert informasjon, der eksempelvis ulempene ved screening, slik som overdiagnostikk, ikke har blitt nevnt (Osterlie et al., 2008; Gotzsche & Jorgensen, 2009; Gotzsche & Jorgensen, 2011; Jorgensen, 2013; Jorgensen et al., 2009; Jorgensen et al., 2007).

Samtidig har det vært en skepsis til ulike screeningtiltak blant fagpersonell i de nordiske landene. Dette henger trolig sammen med den nevnte nøkternhets- og nøysomhetskulturen, et klart krav om nytte ved helsetjenester, samt at «ikke-skade-prinsippet» står sterkt i profesjonsetikken.

Debattene om medikalisering og overdiagnostikk har altså vært forholdsvis beskjedne i de nordiske landene. Medikaliseringsdebattene ser ut til å være på retur, mens overdiagnostikkdebattene er på vei opp. Dette kan, som vi har sett, henge sammen med flere forhold: Sterke motkulturer mot medisins makt, en forholdsvis fremtredende nøkternhets- og nøysomhetskultur og grensebevissthet blant profesjonelle. Sterkere vektlegging av individuelle rettigheter i de nordiske landene kan endre dette.

Det samme kan økt oppmerksomhet rettet mot risiko. Medikalisering og overdiagnostikk kan forstås som et resultat av at vi generelt er mer opptatt av fremtiden og derved på risiko i samfunnet (Giddens, 2013) i det som har blitt betegnet som «risikosamfunnet» (Beck, 1992). Også i helsefagene har vi sett en slik «risikoepidemi» (Skolbekken, 1995). Selv om vi i Norden i mindre grad enn andre land har vært opptatt av individuell helse og helse-risiko, er dette noe som i økende grad gjør seg gjeldende også her. Vi påvirkes av en internasjonal trend der vi er opptatt av egen helse. Apper for overvåking av en rekke helserelaterte parametere (mHelse) blir stadig mer utbredt også i våre nordiske land. Ønsker om og behov for kunnskap og kontroll sprer seg i samfunnet. Søvndybde kan følges fra time til time, og stemningsleie kan overvåkes fra minutt til minutt. Denne økte monitoreringen kan, kombinert med stor datakraft, gjøre mange fenomener til gjenstand for helsefaglig oppfølging og varsle om en lang rekke faresignaler. Risiko-trenden vil derved kunne fremme medikalisering og sørge for økt overdiagnostikk i årene som kommer – også i Norden.

## Konklusjon

Medikalisering og overdiagnostikk har mange fellestrekk. Begge fenomenene resulterer i at flere mennesker blir syke. Begge er vanskelige å måle, reiser moralske spørsmål og har kritiske funksjoner.

Både medikalisering og overdiagnostikk forutsetter slutning fra *bør* til *er* – at noe plagsomt *bør* unngås og derfor *er* sykdom. Samtidig stammer de fra ulike tradisjoner med ulike perspektiver. Medikaliseringsdebatten har tradisjonelt bestått i hvordan ikke-medisinske fenomener blir gjort til medisinske anliggender, mens overdiagnostikk dreier seg om fenomener som allerede er medisinske anliggender. I det første tilfellet er det kontroversielt hvorvidt fenomenet vil medføre sykdom og død, mens de tilstandene som overdiagnostiseres, kan medføre sykdom og død. Begrepene refererer også til ulike former for usikkerhet. Medikaliseringsproblemet bunner i ubestemthet, mens overdiagnostikkproblemet bunner i manglende diagnostisk (og prognostisk) kunnskap. Medikalisering er (for noen) en intendert prosess, mens overdiagnostikk (for alle) er en utilsiktet (men foreløpig) uunngåelig effekt. Medikalisering handler dessuten om sykerollen (sickness), mens overdiagnostikk handler om sykdommen (disease).

På tross av disse tradisjonelle forskjellene nærmer medikalisering og overdiagnostikk seg hverandre. Medikaliseringen har ekspandert fra å utvide medisinenes virkefelt til å bruke medisinen til å bestemme hva som er viktig og virkelig. Medikaliseringsbegrepet har blitt utvidet til å omfatte en lang rekke fenomener – langt ut over å inkludere tidligere ikke-medisinske fenomener i den medisinske folden. Slik kan medikaliseringen omfatte også overdiagnostikk. Overdiagnostikkdebatten, på den annen side, har blitt utvidet fra å konsentrere seg om tilfeller som ikke skulle hatt en diagnose, til å drøfte negative følger av diagnostikkens utvidelse generelt. Overdiagnostikk har derved blitt ideologisert. Mens overdiagnostikk tidligere var et faginternt anliggende, var medikalisering et sentralt begrep for en ekstern kritikk. Disse vil kunne komme til å smelte sammen. I tillegg kan det bli et problem for menneskelige fenomener som ikke blir medikaliserte, at de ikke får fortjent oppmerksomhet. På den annen side kan helsetjenesten bli beskyldt for ikke å lete godt nok, dersom det ikke forekommer overdiagnostikk.

Flere grunnleggende verdier i den nordiske modellen for helsestell har trolig gitt motstandskraft mot medikalisering. En generell skepsis mot unødvendige undersøkelser (og behandling) har antakelig også demmet opp for mye overdiagnostikk. I en situasjon der medikalisering sterkere drives av andre aktører enn medisinerne, og der pasienter får større makt, samtidig med at man ønsker å løse flere av samfunnets utfordringer ved hjelp av helsevesenet, kan dette komme til å endre seg radikalt i tiden som kommer.

## Kapitlets bakgrunn

Dette kapitlet baserer seg på et foredrag holdt ved den 29. European conference on philosophy of medicine and health care i Ghent i august 2015 og i stor grad på (Hofmann, 2016).

## Litteratur

- Abraham, J. 2010. Pharmaceuticalization of society in context: Theoretical, empirical and health dimensions. *Sociology*, 44, 603–622.
- Ballard, K. & Elston, M. 2005. Medicalisation: A multi-dimensional concept. *Social theory & health*, 3, 228–241.
- Bandini, J. 2015. The medicalization of bereavement: (Ab)normal grief in the DSM-5. *Death Stud*, 39, 347–52.

- Beck, U. 1992. *Risk society: Towards a new modernity*. New Delhi: SAGE.
- Bell, S.E. & Figert, A.E. 2012. Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward. *Social Science & Medicine*, 75, 775–783.
- Boorse, C. 1975. On the distinction between disease and illness. *Philosophy and Public Affairs*, 5, 49–68.
- Boorse, C. 2014. A second rebuttal on health. *J Med Philos*, 39, 683–724.
- Carter, J.L., Coletti, R.J. & Harris, R.P. 2015a. Quantifying and monitoring overdiagnosis in cancer screening: A systematic review of methods. *Bmj*, 350, g7773.
- Carter, S.M., Rogers, W., Heath, I., Degeling, C., Doust, J. & Barratt, A. 2015b. The challenge of overdiagnosis begins with its definition. *Bmj*, 350, h869.
- Cipolla, C. 2010. Why we cannot consider ourselves Darwinists anymore (Why Dunant won over Darwin). *Salute e Società*, 9, 138–42.
- Clark, J. 2014. Medicalization of global health 1: Has the global health agenda become too medicalized? *Global Health Action*, 7, 10.3402/gha.v7.23998.
- Clarke, A.E., Shim, J.K., Mamo, L., Fosket, J.R. & Fishman, J.R. 2010. Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and US biomedicine. I: Clarke, A.E., Mamo, L., Fosket, J.R., Fishman, J.R. & Shim, J.K. (red.) *Biomedicalization: Technoscience, health, and illness in the US*. Durham: Duke University Press.
- Conrad, P. 1992. Medicalization and social control. *Annual review of Sociology*, 18, 209–232.
- Conrad, P. 2005. The shifting engines of medicalization. *J Health Soc Behav*, 46, 3–14.
- Conrad, P. 2007. *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Conrad, P. & Barker, K.K. 2010. The social construction of illness: Key insights and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, S67–S79.
- Davis, J.E. 2010. Medicalization, social control, and the relief of suffering. I: Cockerham, W. (red.) *The new Blackwell companion to medical sociology*. Chisester: Blackwell Publisher.
- De Gelder, R., Heijnsdijk, E.A., Van Ravesteyn, N.T., Fracheboud, J., Draisma, G. & De Koning, H.J. 2011. Interpreting overdiagnosis estimates in population-based mammography screening. *Epidemiol Rev*, 33, 111–21.
- Duster, T. 2007. Medicalisation of race. *Lancet*, 369, 702–4.
- Earp, B.D., Sandberg, A. & Savulescu, J. 2015. The medicalization of love. *Camb Q Healthc Ethics*, 24, 323–36.
- Fabrega, H., Jr. 1980. The idea of medicalization: An anthropological perspective. *Perspect Biol Med*, 24, 129–42.
- Frosch, D.L., Grande, D., Tarn, D.M. & Kravitz, R.L. 2010. A decade of controversy: Balancing policy with evidence in the regulation of prescription drug advertising. *American journal of public health*, 100, 24–32.
- Garry, A. 2001. Medicine and medicalization: A response to Purdy. *Bioethics*, 15, 262–269.
- Giddens, A. 2013. *The third way: The renewal of social democracy*. London: John Wiley & Sons.
- Goh, C.R. 2012. Medicalization of dying: Are we turning the corner? *J Palliat Med*, 15, 728–9.
- Gotzsche, P.C. & Jorgensen, K.J. 2009. [Honest information about mammography screening, please!]. *Lakartidningen*, 106, 2860–1.
- Gotzsche, P.C. & Jorgensen, K.J. 2011. The breast screening programme and misinforming the public. *J R Soc Med*, 104, 361–9.
- Hacking, I. 1999. *The social construction of what?* Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Hofmann, B. 2001. The technological invention of disease. *Medical humanities*, 27, 10–19.
- Hofmann, B. 2002. On the triad disease, illness and sickness. *Journal of medicine and philosophy*, 27, 651–674.



- Hofmann, B. 2014a. Diagnosing overdiagnosis: Conceptual challenges and suggested solutions. *European Journal of Epidemiology*, 29, 599–604.
- Hofmann, B. 2014b. Diagnosing overdiagnosis: Conceptual challenges and suggested solutions. *Eur J Epidemiol*, 29, 599–604.
- Hofmann, B. 2015a. Obesity as a socially defined disease: Philosophical considerations and implications for policy and care. *Health care analysis*, 24, 86–100.
- Hofmann, B. 2016. Medicalization and overdiagnosis: Different but alike. *Medicine health care and philosophy*, 19, 253–264.
- Hofmann, B.M. 2015b. Too much technology. *Bmj*, 350, h705.
- Horwitz, A. & Wakefield, J. 2007. *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. New York: Oxford University Press.
- Illich, I. 1976. *Medical nemesis: The expropriation of health*. New York: Random House.
- Jorgensen, K.J. 2013. Mammography screening: Benefits, harms, and informed choice. *Dan Med J*, 60, B4614.
- Jorgensen, K.J., Brodersen, J., Hartling, O.J., Nielsen, M. & Gotzsche, P.C. 2009. Informed choice requires information about both benefits and harms. *J Med Ethics*, 35, 268–9.
- Jorgensen, K.J., Klahn, A. & Gotzsche, P.C. 2007. Are benefits and harms in mammography screening given equal attention in scientific articles? A cross-sectional study. *BMC Med*, 5, 12.
- Lin, G.A., Dudley, R.A. & Redberg, R.F. 2008. Why physicians favor use of percutaneous coronary intervention to medical therapy: A focus group study. *J Gen Intern Med*, 23, 1458–63.
- Lippman, A. 1998. The politics of health: Geneticization versus health promotion. I: Sherwin, S. (red.). *The politics of women's health: Exploring agency and autonomy*. Philadelphia: Temple University Press.
- Maturo, A. 2012. Medicalization: Current concept and future directions in a bionic society. *Mens Sana Monographs*, 10, 122–133.
- Metzl, J.M. & Herzig, R.M. 2007. Medicalisation in the 21st century: Introduction. *Lancet*, 369, 697–8.
- Moynihan, R. 2003. The making of a disease: Female sexual dysfunction. *Bmj*, 326, 45–7.
- Moynihan, R., Doust, J. & Henry, D. 2012. Preventing overdiagnosis: How to stop harming the healthy. *BMJ*, 344, e3502.
- Moynihan, R., Heath, I. & Henry, D. 2002. Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease mongering. *Bmj*, 324, 886–91.
- Moynihan, R., Henry, D. & Moons, K.G. 2014. Using evidence to combat overdiagnosis and overtreatment: Evaluating treatments, tests, and disease definitions in the time of too much. *PLoS Med*, 11, e1001655.
- Nessa, J. & Malterud, K. 1998. «Feeling your large intestines a bit bound»: Clinical interaction – talk and gaze. *Scand J Prim Health Care*, 16, 211–5.
- Nye, R.A. 2003. The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *Journal of the History of Behavioral Science*, 39, 115–29.
- Osterlie, W., Solbjor, M., Skolbekken, J.-A., Hofvind, S., Saetnan, A.R. & Forsmo, S. 2008. Challenges of informed choice in organised screening. *J Med Ethics*, 34, e5.
- Payer, L. 2006. *Disease-mongers: How doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick*. London: John Wiley & Sons.
- Raffle, A. & Muir Gray, J. 2007. *Screening: Evidence and practice*. New York: Oxford University Press.
- Rogers, W. 2015. Understanding overdiagnosis as a form of medicalisation. *29th European conference on philosophy of medicine and health care*. Ghent: European Society for Philosophy in Medicine and Health Care.
- Rogers, W. & Mintzker, Y. 2016. Getting clearer on overdiagnosis. *Journal of evaluation in clinical practice*, 22(4), 580–7.
- Rose, N. 2007. Beyond medicalisation. *Lancet*, 369, 700–2.

- Sadler, J.Z., Jotterand, F., Lee, S.C. & Inrig, S. 2009. Can medicalization be good? Situating medicalization within bioethics. *Theor Med Bioeth*, 30, 411–25.
- Schwartz, P.H. 2008. Risk and disease. *Perspectives in biology and medicine*, 51, 320–334.
- Scott, S. 2006. The medicalisation of shyness: From social misfits to social fitness. *Sociol Health Illn*, 28, 133–53.
- Skolbekken, J.-A. 1995. The risk epidemic in medical journals. *Social Science & Medicine* 40(3):291–305.
- Svenaesus, F. 2015. What kind of creature is ADHD? Personalities and pathologies in the neuropsychiatric era. *29th European conference on philosophy of medicine and health care*. Ghent: European Society for Philosophy in Medicine and Health Care.
- Temple, L.K., Mcleod, R.S., Gallinger, S. & Wright, J.G. 2001. Defining disease in the genomics era. *Science*, 293, 807–808.
- Tomes, N. 2007. Patient empowerment and the dilemmas of late-modern medicalisation. *Lancet*, 369, 698–700.
- Tymstra, T. 1989. The imperative character of medical technology and the meaning of «anticipated decision regret». *Int J of Technology Assessment in health Care*, 5, 207–13.
- Verweij, M. 1999. Medicalization as a moral problem for preventive medicine. *Bioethics*, 13, 89–113.
- Wakefield, J.C. 2012. Should prolonged grief be reclassified as a mental disorder in DSM-5? Reconsidering the empirical and conceptual arguments for complicated grief disorder. *J Nerv Ment Dis*, 200, 499–511.
- Wardrope, A. 2014. Medicalization and epistemic injustice. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 1–12.
- Welch, H.G. & Black, W.C. 2010. Overdiagnosis in cancer. *J Natl Cancer Inst*, 102, 605–13.
- Welch, H.G., Schwartz, L. & Woloshin, S. 2011. *Overdiagnosed: Making people sick in the pursuit of health*. Boston, Massachusetts: Beacon Press.
- Wiener, R.S., Schwartz, L.M. & Woloshin, S. 2013. When a test is too good: How CT pulmonary angiograms find pulmonary emboli that do not need to be found. *BMJ*, 347, f3368.
- Wynne, B. 1992. Uncertainty and environmental learning: Reconceiving science and policy in the preventive paradigm. *Global environmental change*, 2, 111–127.
- Zola, I. 1972. Medicine as an institution of social control. *Sociological Review* 20, 487–504.