

Sjukdomsbegreppet och läkemedelsbehandling

Lars Werkö¹, Stockholm

Inledning

Vid en konferens om utbildning och forskning, ställdes frågan om vad den viktigaste uppgiften är för en läkare. Sir Kenneth Calman, med erfarenhet som "chief medical officer" för det brittiska National Health Service, ansåg att läkarens viktigaste åtagande är att ställa rätt diagnos. Utan diagnos svävar sjukvården i det fria. I huvudsak instämde övriga deltagare. Den kanske största skillnaden mellan vad som kallas skolmedicin och alternativmedicin är betoningen av att ha en diagnos för att styra behandlingen.

Diagnosens stora betydelse

Det är synd att den diskussion som förs i Sverige om sjukvården sällan tar upp vad diagnos innebär, hur den ställs och överhuvudtaget de problem som är förknippade med att ge vissa sjukdomsbilder ett definitivt namn. Om diagnosen är viktig för läkaren är den inte mindre viktig för patienten. Inte bara det att en patient som fått reda på en diagnos vet vad hon/han ska rätta sig efter, utan minst lika viktigt är att patienten känner sig bekräftad och tagen på allvar när de symtom som hon/han upplever konfirmeras med en diagnos som finns i medicins stora bibliotek.

Diagnosen är beroende av hur sjukdomar klassificeras. Dagens system för klassifice-

ring av sjukdom har kommit till relativt sent. Patologisk anatomi spelade ursprungligen en stor roll för beskrivningen av sjukliga tillstånd, men det var först när bakteriologi (mikrobiologi) och klinisk kemi fått fotfäste i kliniken som den nuvarande klassificeringen av sjukdom fått en allmän spridning.

WHO håller en fast hand över det bibliotek av diagnoser som används för att ge en samlad bild av sjukdomstillstånden i världen. Visserligen är de diagnoser som WHO registrerar baserade på dödsorsaker, men de tillämpas i rutinsjukvård för hälso- (eller snarare sjukdoms-)statistik.

Hur rubriceras sjukdom?

Det finns således ett stort och välformulerat internationellt bibliotek med sjukdomsdiagnoser, som utvecklas och förfinas genom bl a WHOs försorg. Nuvarande upplaga, ICD-10, utgör närmast ett administrativt system och används för att jämföra sjukligheten i olika länder och hur ansvariga myndigheter tar hand om den.

När det gäller somatisk sjukdom använder sjukvården WHOs nomenklatur eftersom det inte finns något "kliniskt", för sjukvården avpassat system för diagnoser. Psykiatri utnyttjar i allt större omfattning ett amerikanskt system för att klassificera diagnoser. Även detta system förändras regelbundet i allmänhet genom att flera diagnoser tillförs, eller gamla delas upp. WHO är mest engagerat i att kodifiera och registrera existerande diagnoser. Mer sällan diskuteras

1. Lars Werkö avled 2009. Kapitlet publicerades ursprungligen i LB 2009–2010 och återges i denna utgåva i oförändrad form.

vad som konstituerar sjukdom och hur en diagnos ska definieras.

Vad är sjukdom?

Flera filosofiskt utbildade eller inklinerade forskare har diskuterat vad som bör ingå i begreppet sjukdom (1). Den medicinska diagnosens fundament och i vilka sammanhang diagnos på sjukdom är av betydelse – för sjukvården, myndigheter och patienter – har diskuterats från olika utgångspunkter. Vad som fordras för diagnos av sjukdom visar hur svårt det är att åstadkomma en heltäckande definition för ett sjukdomstillstånd som kan användas praktiskt. Det är viktigt att avgränsa sådana tillstånd som på något sätt kan anses vara sjukliga. Det gäller att finna en rimlig definition av vad sjukdom innebär och skilja den från andra tillstånd av obehag. Det sjukdomsbegrepp som kan användas praktiskt måste vara adekvat och väl definierat.

En rimlig sådan definition är att en sjukdom är ett tillstånd där individen har sådana symtom eller nedsättning av normala funktioner som kan medföra risk för invaliditet eller död och där tillståndet har sin orsak hos individen. Detta är ett mycket vitt sjukdomsbegrepp som går långt utöver vad WHO:s dödsorsaksnomenklatur anger. En sådan definition stämmer emellertid väl överens med vad läkaren möter i sin dagliga gärning och öppnar för en beredskap att finna nya behandlingar för tillstånd som hittills varken varit väl definierade eller haft någon specifik farmakologisk terapi.

Det är denna verklighet i sjukvårdens vardag som läkemedelsindustrin (och specialister) kan utnyttja för att definiera nya områden för behandling och för mediciner som annars inte haft någon känd nytta. För alla som har med sjukvård att göra är det viktigt att följa diskussionen om vad sjukdom innebär. Det är angeläget att också lyssna på bidrag från forskare som inte är direkt involverade i att diagnostisera och behandla patienter. Det är dock lika viktigt att se till att denna nödvändiga diskussion inte missbrukas i kommersiella sammanhang. Därför måste även belastade, hårt arbetande praktiserande läkare hålla sig à jour med vad som kan tyckas vara esoteriska

funderingar. För att rätt förstå och uppfatta vidden av de symtom eller besvär som patienter berättar om måste läkaren ha en referensram som är baserad både på dödsorsaksnomenklatur och på kännedom om den möjliga bakgrunden till de subjektiva upplevelserna (1).

Skolmedicinens fasta diagnosschema i gungning

Även om önskemålet är att all behandling baseras på en diagnos, är tyvärr den diagnos som sätts inte alltid den rätta. Vaga uppgifter från patienter, osäkra undersökningsfynd och ibland underlåtenhet att ställa de rätta frågorna kan leda till felaktiga diagnoser. Den behandling som sätts in kan då komma att visa dålig effekt. Om behandlingen inte ger väntat resultat – ompröva diagnosen efter en ny genomtänkt undersökning!

Den indikation som fastställs när en ny terapi lanseras är ofta begränsad. Med ökande erfarenhet från läkarens sida, eller efter utvidgade undersökningar, kan indikationen ofta breddas till att omfatta flera tillstånd än vad som ursprungligen var meningen. I en del fall kan det bli fråga om flera olika sjukdomstillstånd som kan påverkas av den nya terapin. Ibland är en sådan indikationsglidning väl motiverad och underbyggd med adekvata studier, ibland kan den mer ha karaktären av ett önsketänkande.

Det fasta diagnosschema som upprätthålls av officiella myndigheter håller också på att "eroderas". En rad mer eller mindre oklara tillstånd som elektricitetsöverkänslighet, fibromyalgi, utbrändhet, utmattningstillstånd m fl har uppträtt i ökande omfattning och bland annat bidragit till höga siffror för sjukskrivning. Gemensamt för dessa tillstånd är svåra subjektiva symtom, inga eller mycket begränsade fynd vid undersökning och uttalad arbetsförmåga. De kan orsaka långvarigt lidande, men leder inte till döden. Samtidigt är tillstånden svårbehandlade, till stor del beroende på dåliga kunskaper om deras bakgrund, hur de utvecklas och vad som kanske är viktigast – den enskilde individens känslighet och personlighet, eller omgivningens mer

eller mindre uttalade krav som kan te sig övermäktiga eller till och med omänskliga. Dessa sjukdomstillstånd har i allmänhet inte börjat som en medicinsk upptäckt med avgränsning av en typisk symtombild utan har vuxit fram från patienters beskrivningar av sina upplevelser. Den allmänna uppfattningen torde i dag vara att det likväl kan vara en fråga om specifika sjukdomssyndrom. Såväl läkarkår som administratörer inom sjukvården och myndigheter har efter viss tveksamhet accepterat att vi står inför nya sjukdomsvarianter.

Till en del kan sådana tillstånd finnas under den nyligen tillkomna kodbokstaven Z i WHO:s nomenklatur. Z-koderna innehåller nämligen: ”andra omständigheter än sjukdom eller skada”, en blandning av potentiella hälsorisker av socioekonomisk eller psykosocial art – en uppsjö av livets motigheter skulle man kunna säga. Oenighet med lärare (Z 55.4) eller med socialarbetare (Z 64.4) tillhör de mer exotiska tillstånden, men även brist på avkoppling och fritid tillhör vad som WHO anser bör kodas. Det vore intressant med en sammanställning av rapporterade Z-tillstånd. Denna kategori av diagnoser har ibland ifrågasatts.

Hela Z-koden är ett uttryck för ett önskemål att klassificera så mycket som möjligt för att kunna redovisa förändringar i befolkningens hälsotillstånd eller välbefinnande. Statistiker är angelägna om att kodifiera allt de kan komma över. Det finns viss risk att detta sätt att kodifiera omgivningens inflytande öppnar för missbruk. Z-koderna kan bli en guldgruva för den som vill skapa nya sjukdomar som sedan kan bekämpas med mer eller mindre effektiva läkemedel som letar efter ”sin” sjukdom.

Samhällsutvecklingen ändrar förutsättningarna

Hälsa och sjukdom är begrepp som har betydelse långt utanför de medicinska kretsar som ägnar huvuddelen av sin tid åt att behandla befolkningens sjukdomar. I dagens samhälle anses å ena sidan levnadssättet som en viktig faktor vid uppkomst av många prevalenta sjukdomar, vällevnads-sjukdomar som många vill kalla dem. Å andra sidan betraktas förhållandena på arbets-

platsen ofta så negativa att individen utvecklar en rad symtom som inte alltid går att inordna under de sjukdomsbegrepp som medicinen har stadfäst.

Samspelet mellan den enskilde individen och de krav som ställs på henne/honom utgör en utlösande faktor för många sjukdomstillfällen. Det gäller då både traditionella sådana som hjärtinfarkt och slaganfall och de ”nya” av allmänna symtom karakteriserade tillstånden. Många har betonat att kraven i yrkeslivet blivit övermäktiga i rationaliseringarnas tidevarv, men det är troligt att även kraven i livet utanför yrkesarbetet spelar roll.

Ensamföräldern men också många andra är utsatta för påfrestningar som ofta är omöjliga att neutralisera – ansvar för familjens ekonomi, barnens uppfostran, egna önskemål om ett positivt liv, krångliga resor till lönearbetet och dess krav på totalt engagemang.

Att vidta åtgärder mot de hot mot hälsa som finns både i den rika och den fattiga delen av världen, både inom och utom lönearbetet, åligger både individer och samhälle. Levnadssättet kan individen själv påverka. Samhället, eller de bestämmande skikten i detta, anser ofta att en bättre ekonomi, högre lön och lägre skatt, skulle minska påfrestningarna, men detta är att göra problemet alltför enkelt. Dagens informationssamhälle med mobiltelefon, Internet och önskemål om att ständigt vara uppdaterad kan lätt bli en belastning. Kraven både inom och utom lönearbetet blir fortfarande stora även om det inte längre är penningbekymmer som upplevs som tyngst. Det fordras mer omfattande åtgärder för att lätta på problemen än att bara reglera ekonomin. Behandling med läkemedel är knappast den viktigaste åtgärden i denna situation.

Den farmakologiska forskningen ändrar tillämpningen

Problemet med avgränsning mellan manifest sjukdom och enbart risk att utveckla sjukdom hade inte blivit så uppenbart om inte den farmakologiska forskningen hade tagit fram läkemedel som är effektiva i att påverka många faktorer. Med de verksamma medel som kommit fram i fråga om be-

handling – förebyggande eller kurativ – vid hjärt-kärlsjukdom, har det blivit ett ständigt diskuterat problem vilka indikationerna för dessa medel egentligen ska vara.

En enkel utväg ur detta dilemma har föreslagits av brittiska forskare med det ”Polypill” som skulle innehålla alla effektiva medel och användas av alla – hela befolkningen över 60 års ålder. Epidemiologiska observationsstudier skulle ha visat att en sådan terapi avsevärt skulle minska risken för hjärtinfarkt och dess konsekvenser. Förvånansvärt många har varit positiva till detta hugskott, som egentligen saboterar allt vad läkarverksamhet och läkekonst innebär. Det är dock svårt att tänka sig att ansvariga myndigheter skulle acceptera ett sådant framgångssätt.

Läkemedelsindustrin bidrar till förändringar

Jag har inte tyckt om begreppet läkemedelsindustrin eftersom olika företag uppträder olika och etiska begrepp varit mer levande i en del företag än i andra. De senaste åren tycks de stora företagen dock ha blivit alltmer likställda, i synnerhet ifråga om inställningen till marknadsföring.

I detta avseende kan man notera två viktiga strategier:

- att se till att så många som möjligt av befolkningen klassas i riskzonen så att de behöver behandling med läkemedel när det gäller det stora fältet hjärt-kärlsjukdom.
- att för den stora grupp patienter vilka har symtom som inte kan hänföras till någon bestämd diagnos, försöka skapa en sådan och erbjuda läkemedel med låg biverkningsfrekvens och med något särdrag som annars inte skulle ha kunnat utnyttjas.

Dessa strategier är inte nedskrivna på papper eller officiellt uttalade så att de kan citeras men de framgår av de åtgärder som flera företag vidtagit, ofta med hjälp av sina medicinska konsulter.

I det första avseendet har glidningen av avgränsning mellan normalt och patologiskt för blodtryck, fasteblodsocker och serumkolesterol (eventuellt kroppsvikt) ökat antalet individer som är i behov av behandling.

Det är visserligen till synes fristående expertkommittéer som åstadkommit denna glidning. Synar man dessa finns det ett inte obetydligt inflytande från företagsanslutna konsulter, även i så officiella sammanhang som WHO:s expertkommittéer.

Epidemiologiska studier bidrar till förändringar

Sjukdomspanoramata är inte fastlagt en gång för alla utan befinner sig i ständig förändring. Gränsen mellan nya diffusa svårdefinierade tillstånd och gamla etablerade diagnoser befinner sig på drift. Även till synes fast förankrade sjukdomstillstånd uppfattas i dag annorlunda än vad som var fallet tidigare. Den ökande epidemiologiska forskningen med studier av stora befolkningsgrupper under lång tid har ruckat på flera tidigare bestämda uppfattningar. Tre exempel kan illustrera hur sjukdomsbegreppet förskjutits i takt med nya kunskaper från befolkningsstudier. Det gäller hypertoni, diabetes och fetma.

Är hypertoni en sjukdom?

En fråga som ställts är nämligen om essentiell hypertoni verkligen är en sjukdom i sig? Vi har vant oss vid denna diagnos. I ett stort antal helt symptomfria fall är den endast baserad på det uppmätta blodtrycket. Tidigare kännetecknades malign hypertoni av flera symtom; det fanns objektiva fynd och korttidsödligheten var hög. De flesta patienter med förhöjt blodtryck som vi möter idag har inga symtom och visar inte heller i tidiga stadier patologisk-anatomiska förändringar. Först när det höga trycket givit upphov till kärlsjukdom finner man fynd från hjärta, njurar och eventuellt centrala nervsystemet. Men då är det en kärlsjukdom som utvecklats och som också är beroende av flera andra riskfaktorer. Det är osäkert om enbart förhöjt blodtryck skulle progrediera om inte även flera andra riskfaktorer förelåg.

- Ska vi ha kvar diagnosen hypertoni eller avskaffa hypertoni som sjukdom?
- Är inte sjukdomsbegreppet oklart om det bara antas vara ett livsstilssyndrom?

Många anser att högt blodtryck bara är en manifestation av det sätt på vilket man lever. Det skulle vara en av flera sjukdomar som hänger ihop med att man konsumerar för många kalorier utan att utnyttja dem genom fysisk aktivitet, har för mycket fett, socker och eventuellt även natrium och alkohol i den dagliga kosten, för att inte tala om cigarettökning.

I detta sammanhang har det föreslagits att se över hur man rubricerar vad man behandlar. Egentligen behandlar man inte en sjukdom med namnet hypertoni utan en riskfaktor som utgörs av det arteriella blodtrycket, oavsett dess höjd. De flesta "guidelines" som numera styr denna behandling har efterhand som de reviderats, sänkt – eller till och med avskaffat – gränsen mellan förhöjt och normalt blodtryck. Framtida risk för kärlkomplikationer i förhållande till blodtryckets höjd har samma relation inom området för "normalt" som vid högt blodtryck. För några har detta motiverat ett nytt begrepp – "prehypertension".

Det finns de som anser att detta är en lek med ord och föreslår en annan lösning på problemet. De vill inte längre tala om behandling av hypertoni utan anser att det är en fråga om att behandla ett blodtryck som utgör en riskfaktor. De drar en parallell med lipidrubbingar, där det inte längre fordras ett högt lipidvärde för behandling – alla som befinner sig i en viss riskgrupp för kärlsjukdom ska behandlas med statiner oavsett kolesterolvärde.

De ansluter sig därmed till dem som anser att man kan placera individer i en viss riskkategori enligt en beräknad riskekvation, som tar hänsyn till ålder, kön, blodtryck, cigarettökning, lipider, diabetes, fetma, EKG-förändringar och klinisk bild. Patienter i riskzon ska behandlas oavsett värdet på de enskilda riskfaktorerna som ingår i ekvationen. Vilka mediciner som ska användas blir en senare fråga.

Avskaffas sjukdomen hypertoni är blodtrycksvärdet bara en del av den riskekvation som anger de individer som har en stor risk att inom ett antal år utveckla kärlsjukdom, vanligast ateroskleros, ledande till symptom och död. Samtidigt innebär idén med risker och riskekvationer som underlag för behandling att prevention – primär

eller sekundär – knyts fastare till sjukvården.

Ska medicinsk terapi baseras på diagnos eller riskekvation?

Den akademiska medicinens företrädare måste ta ställning till om det är tillfredsställande att behandla patienter efter diagnos eller riskekvation. Diskussionen om behandling av högt blodtryck är bara en del däri och har inte kommit till den punkt där det kan sägas råda konsensus. I stället har utvecklingen lett till ett ifrågasättande hur värden som blodtryck, fastebloodsocker, serumkolesterol, kroppsvikt eller midjemått ska betraktas – som ett måtvärde på en risk eller som ett tidigt tecken på sjukdom.

Begreppet riskekvation har således satt sjukdomsbegreppet i gungning. Det torde fordras mera kunskaper och många – ingående och kritiska – diskussioner innan den kliniska vetenskapen kan bestämma sig för hur sjukvården bäst ska utvecklas till patienternas fromma. Genetisk medicin kommer kanske till en början att komplicera begreppen, men kompletteras de medicinska riskerna med de genetiska kan det öka möjligheterna att begreppen klarnar.

När det gäller typ 2-diabetes, lipidrubbingar och fetma är situationen liknande den vid hypertoni. Likheterna är uppenbara såtillvida att avgränsning mellan sjukligt och normalt, eller nästan normalt, vilar hos expertkommittéer vid WHO. Det finns ingen anledning att här ytterligare diskutera dessa tillstånd. Frågan om prevention är lika aktuell vid dessa.

Förebyggande eller vård av sjuka?

I en pågående diskussion i Storbritannien har erfarna allmänläkare framhållit att en alltför stor betoning av förebyggande vård skadar patienter i rika länder genom att tippa över dem mot elände. De utsätts för en propaganda som skrämmer dem för det sätt de lever. Ekonomiska och politiska påtryckningar bidrar till att sprida budskapet att sjukvården ska se till att medborgarna ska leva så länge som möjligt – kvaliteten på ett lands sjukvård mäts ju av WHO bl a med livslängden.

Sverige hör till de länder som har längst livslängd i världen utan att medborgarna anser sig höra till de friskaste, eller sjukvården till den bästa. Även om WHO med sitt ansvar för hälsostatistik världen över betonar vikten av prevention, torde det vara den samlade läkemedelsindustrin som utgör den mest engagerade påtryckningsgruppen för att sprida budskapet om förebyggande behandling – helst med mediciner – för att förlänga livet.

Både i Storbritannien och Sverige är det intressant att jämföra de stora summor som investeras i den byråkrati som sysslar med hälsoinformation med vad som satsas i sjukvården för att minska de väntetider som förekommer ifråga om medicinska åtgärder med bevisad effektivitet. Även när det gäller svaga åldringar finns det en fåvitsk tro på förebyggande åtgärder, medan omhändertagande och behandling, i synnerhet för dem med Alzheimers sjukdom eller andra former av demens, lämnar åtskilligt i övrigt att önska.

Varje läkare måste själv ta ställning

Här finns två diametralt motsatta åsikter, bägge framförda av seriöst arbetande läkare med lång erfarenhet. Deras inställning kan beskrivas som en fråga om vad som egentligen är viktigast i sjukvårdens – och läkarens – roll i dagens samhälle. Ska man ägna sig åt de patienter som redan är sjuka, eller ska man ta hand om friska, vilket kan leda till att de känner sig sjuka? I synnerhet som väntetiderna för de redan sjuka därmed ökar. Det måste ankomma på varje läkare att själv ta ställning till en sådan fundamental fråga.

Symtom förvandlas till sjukdom

Möjligheten att skapa nya sjukdomsbegrepp av godartade symtom har observerats både i vetenskapliga och populärvetenskapliga kretsar. I Australien har man visat hur läkemedelsindustrin bidrar till att skapa nya sjukdomar (2,3) och svensk populärvetenskaplig press har uppmärksammat detta i en serie uppsatser. Som exempel använder man tillstånd med något symtom som kan påverkas av en ny substans som an-

nars inte skulle ha fått någon medicinsk användning. Vanligast är det fråga om substanser som tagits fram för någon etablerad sjukdom men som inte varit tillräckligt verksamma där.

Ofta bidrar medicinska konsulter i en sådan marknadsföring. Relevansen av till synes väl underbyggd information som drivs av entusiastiska missionärer är svårt 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 erektilsvårigheter hos män. Impotens är utan tvekan ett symptom som kan behöva behandlas vid vissa väl definierade tillstånd. Marknadsföringen av Viagra har emellertid nått långt utöver detta mål. 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 har varit att ”Tala med din läkare – det finns hjälp”. Företag och medicinska konsulter försöker dessutom vidga indikationen även till kvinnlig sexualitet som anses behöva stöd. Annonsering till allmänheten har lett till att Viagra blivit ett varumärke som ingen i västvärlden kan undgå att komma i kontakt med.

Det finns flera exempel på hur läkemedelsföretag skapar en ny sjukdom som kan bekämpas med en ny medicin. I allmänhet finns i botten en flora av symtom av okänt ursprung. Väl genomtänkt strategi med utnyttjande av reklam, vilseförande av godtrogna läkare och entusiastiska rapporter från ”botade” patienter kan skapa inte bara ett nytt behandlingsparadigm utan också ett tillstånd som kan få läkare och offentlig sjukvård att framstå som efterblivna, okunniga och ointresserade av att hjälpa en lidande allmänhet.

Ett särskilt exempel utgör psykiatriska tillstånd. Den amerikanska nomenklaturen, nu DSM IV, har en tendens att omformulera och öka omfattningen av symtom som förs in under ett sjukdomsbegrepp. Ett sådant är posttraumatisk stress, som från

örjan var knutet till veteraner från Vietnamkriget, men som utvidgats till att omfatta alla symtom som kan uppträda efter en obehaglig upplevelse (4,5). Ett annat är utvidgningen av indikationer för antidepressiva medel. Den amerikanska registreringsmyndigheten har godkänt användning av SSRI vid ett stort antal tillstånd, från "Major depressive disorder" till "Bulimia nervosa" och "Social anxiety disorder".

Det finns dock inte någon anledning att betrakta sorg efter en nära anhörigs bortgång som ett sjukligt symtom, inte heller nedstämdhet efter negativa händelser i omgivningen. Naturliga reaktioner måste få en naturlig utveckling, inte behandlas med läkemedel.

En annan aktivitet som befinner sig i utveckling och som kan komma att påverka läkemedelsförskrivningen är frågan om vi kan "förbättra minnet", vare sig det är dåligt eller inte. Detta är något som en rad forskare och företag i Kalifornien är sysselsatta med.

Vad kan vi göra?

Allmänheten – presumtiva patienter och beslutande politiker – måste delta i den upplärnings- och utbildningsprocess som den medicinska utvecklingen både fordrar och är beroende av. Denna utbildningsverksamhet får inte lämnas till andra kommersiella krafter än de som producerar läromedel. Inte heller torde Internet kunna ersätta de föredrag om hälsa och sjukdom som exempelvis Arbetarnas bildningsförbund (eller motsvarande) tidigare erbjöd. Radio och TV försökte en gång sprida kritisk kunskap om hälsa och sjukdom. Efterhand som fler medier tagit över medicinsk information har ambitionen begränsats till mer "konsumentvänlig" information i korta nyhetsmeddelanden.

Läkarkåren måste aktiveras

Med ökad specialisering har internmedicin varit den stora förloraren och allmän internmedicin och allmänkirurgi ifrågasätts.

Internmedicinarnas ledare – det finns en specialistförening, och universiteten har (väl) fortfarande professurer i internmedi-

cin – borde granska dominerande diagnoser och deras underlag. Även psykiatriker/psykologer har anledning att granska florans av diagnoser.

Tillsammans med våra kvalificerade epidemiologer skulle det vara möjligt att ta ett kritiskt grepp på vilka tillstånd som är av störst intresse för folkhälsan. Sjukhusens tidigare årsberättelser har försvunnit, men Epidemiologiskt Centrum inom Socialstyrelsen har alla möjligheter att hjälpa till med en djupdykning i sjukvårdens diagnosregister. Ett ställningstagande till vad som kallas prevention med utnyttjande av risk-ekvation i stället för upparbetning av diagnos skulle också vara betydelsefullt.

Referenser

1. Hellström O. Symptoms or the understanding of person? Questions of focus in relation to the setting of the goals of medicine. In Nordenfelt L, Tengland P-E, ed. The goals and limits of medicine. Stockholm: Almqvist & Wiksell Internat; 1996. ISBN 9122017135.
2. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *Brit Med J.* 2002;324:886–91.
3. Moynihan R. The marketing of a disease: female sexual dysfunction. *Brit Med J.* 2005;330:192–4.
4. Sommerfield D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *Brit Med J.* 2001;322:95–8.
5. Bracken P. Trauma: Culture, Meaning and philosophy. London: Whurr Publ Ltd; 2002. ISBN 1861562802.

För vidare läsning

6. För den som vill ha en mer fullständig beskrivning om hur läkemedelsindustrin försöker skapa nya eller utvidga gamla diagnoser, i synnerhet i relation till utvecklingen inom psykofarmaka, rekommenderas
Carlberg B. Pillret: en berättelse om depressioner och doktore, forskare och Freud, människor och marknader. Stockholm: Norstedts; 2008. ISBN 9789113014814.