



Are Brean (f. 1965) er spesialist i nevrologi, ph.d. og konstituert sjefredaktør i Tidsskriftet.

Foto: Einar Nilsen

Jo mer avanserte diagnostiske metoder vi får, desto vanskeligere kan det være å avgrense diagnosen

Jakten på diagnosen

Den unge pasienten hadde vært gjennom en omfattende utredning. Både kliniske, biokjemiske og radiologiske funn viste at noe var galt. Men tilstanden passet ikke inn i noen medisinsk diagnosekategorier. Ved annen gangs utskrivning fra sykehuset hadde jeg nye lange samtaler med pasienten og de pårørende. Behandlingen var effektiv. Pasienten aksepterte at vi ikke hadde en diagnose. Men det gjorde ikke fastlegen. I et brev til avdelingen skrev han: «Det må da, i vår moderne tid, gå an å gi pasienten en skikkelig diagnose.»

Diagnosen er viktig i klinisk medisin. Den sier noe om felles trekk hos flere pasienter og dermed om prognose og forventet effekt av behandling. Diagnoser gjør det mulig å planlegge helsetjenester, fordele helseressurser, overvåke helsetilstanden i befolkningen og drive forebyggende arbeid. I et globalt perspektiv er det diagnoser og diagnosekategorier som gjør det mulig å sammenlikne helse, sykkelighet og dødsårsaker og fordele helseressurser. Hvordan vi velger å kategorisere sykdommer har konsekvenser.

Sykdommer kan kategoriseres på mange måter, for eksempel etter hva som forårsaker dem (etiologi), hvor de gir symptomer (anatomi) eller hvordan de oppstår (patofysiologi). Et av de tidligste systemene for sykdomsklassifisering er Carl von Linnés (1707–78) *Genera morborum* (1). Linné klassifiserte sykdommer i 11 kategorier, i hovedsak basert på symptomer, men også på det som var antatt å være deres årsaker. William Farr (1807–83) utviklet senere et klassifikasjonssystem basert på hvilket organ sykdommen manifesterte seg i (2). Dette systemet ble videreutviklet av Jaques Bertillon (1851–1922) og i 1899 anbefalt benyttet over hele Europa (2) – for øvrig på et møte i Kristiania. Det ble startskuddet for International Classification of Disease (ICD), som for tiden er i sin tiende versjon (ICD-10). ICD-10 brukes nå i over 100 land og finnes på 43 ulike språk. Hele 70 % av verdens helseutgifter fordeles i dag ved hjelp av ICD-10 (3).

Det går flere linjer fra Linné til ICD-10. En av dem handler om kompromisser mellom ulike klassifikasjonsprinsipper. Linné klassifiserte dels etter symptomer og dels etter årsaker. Denne grunnleggende forvirringen finnes fortsatt i ICD-10, som dels har inndelinger basert på patofysiologi (f.eks. svulster), dels på etiologi (f.eks. infeksjonssykdommer) og dels på anatomi (f.eks. sykdommer i respirasjonsorganene).

I en ideell verden skulle man selvsagt ønske at all sykdomsklassifisering var bygd på etiologi. De siste tiårenes hurtige utvikling innen fagfelter som genetik og bildediagnostikk ga håp om at rent etiologisk baserte diagnoser endelig skulle bli en realitet. Paradoksalt nok har det motsatte skjedd – jo flere biomarkører for sykdom vi får, desto vanskeligere er det å avgrense de diagnostiske entiteter, viser det seg. Det samme spekteret av genetiske risikofaktorer og biokjemiske markører gjenfinnes ofte i mange sykdommer, spesielt innen psykiatrien (4). Dette gjør diagnostisk avgrensning vanskeligere enn før – ikke lettere.

Derfor er det ikke til å undres over at revisjonen av ICD-10 tar lang tid. Neste versjon, ICD-11, er blitt utsatt til 2017 (3). Arbeidet involverer fagfolk, pasienter, helsemyndigheter og andre aktører over hele verden. Hvem som helst kan gi kommentarer til en foreløpig versjon som ligger på internett (5). Arbeidet kan følges på Twitter på @whoicd11.

Måten sykdommer kategoriseres på får konsekvenser. Eksempelvis ligger det an til at hjerneslag flyttes fra sykdommer i sirkulasjonssystemet til sykdommer i nervesystemet (5). Hjerneslag er verdens nest viktigste dødsårsak og den tredje viktigste årsaken til uførhet (6). Når en slik stor sykdomsgruppe flyttes, får det konsekvenser for sykkelighets- og dødsårsaksstatistikken. Det medisinske fagfeltet som «eier» en betydningsfull sykdom, vil kunne hevde seg berettiget til mer ressurser.

Diagnoser forsvinner og nye kommer til, ofte i takt med svingende diagnostiske tradisjoner. Psykiatri er et godt eksempel. Andre ganger endrer nye diagnostiske metoder diagnoselandskapet, slik det skjer når prionsykdommer og paraneoplastiske sykdommer får egne diagnoseblokker i ICD-11 (5).

Data fra Storbritannia har vist at ICD-10-kapitlet «symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn ikke klassifisert annet sted» er den vanligste diagnosegruppen for konsultasjoner i allmennpraksis (7). En skandinavisk studie viste at allmennleger ga samme pasient med uspesifikke helseplager opptil 31 ulike diagnoser (8), og på mange sykehuspoliklinikker er medisinsk uforklarte symptomer den vanligste diagnosen (9). På tross av detaljerte diagnosesystemer er fortsatt mange av våre diagnoser usikre og dårlig avgrenset. Det er ingen grunn til å tro at det vil bli særlig annerledes i ICD-11. Den verden vi forsøker å kategorisere, er for kompleks til det.

Jo mer avanserte våre diagnostiske metoder blir, desto mer ser de enkle diagnosekategoriene ut til å glippe for oss. Så svaret til min pasients engasjerte fastlege måtte bli: Nei, av og til går det ikke an å gi en skikkelig diagnose, spesielt ikke i vår moderne tid.

Litteratur

1. Mackenbach JP. Carl von Linné, Thomas McKeown, and the inadequacy of disease classifications. *Eur J Public Health* 2004; 14: 225.
2. History of the development of the ICD. WHO. www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf (1.3.2015).
3. International Classification of Diseases (ICD) Information Sheet. WHO. www.who.int/classifications/icd/factsheet/en/ (1.3.2015).
4. Across the divide. *Nature* 2013; 496: 397–8.
5. ICD-11 Beta Draft. WHO. <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1296093776> (1.3.2015).
6. Chin JH, Vora N. The global burden of neurologic diseases. *Neurology* 2014; 83: 349–51.
7. Fleming DM, Cross KW, Barley MA. Recent changes in the prevalence of diseases presenting for health care. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 589–95.
8. Mæland S, Werner EL, Rosendal M. Diagnoses of patients with severe subjective health complaints in Scandinavia: A cross sectional study. *ISRN Public Health* 2012. Article ID 851097. www.hindawi.com/journals/isrn/2012/851097/ (1.3.2015).
9. Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Res* 2001; 51: 361–7.