



**KARI A. O. TIKKINEN**  
Suomen Akatemian kliininen  
tutkija ja urologiaan erikoistuva  
lääkäri  
kliinisen epidemiologian  
dosentti  
HYKS, urologian klinikka  
ja Helsingin yliopisto,  
kansanterveystieteen laitos

## Tarkemmat menetelmät havaitsevat entistä pienempiä muutoksia.

### SIDONNAISUUDET

Kari A. O. Tikkinen:  
Ei kaupallisia sidonnaisuuksia  
lääkeyritysten tai laitevalmistajien  
kanssa, tutkimusrahoitus  
(Suomen Akatemia, Sigrid Juséliuksen  
Säätiö, Helsingin ja Uudenmaan  
sairaanhoidopiiri, Jane ja Aatos Erkon  
säätiö), hoitosuosistustyö (American  
Society of Hematology, BMJ Rapid  
Recommendations, European  
Association of Urology, International  
Consultation on Urological Diseases).

**KIRJALLISUUSLUETTELO  
JA LIITEAINEISTO**  
pdf-versiossa  
[www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi)

Sisällysluettelot  
SLL 50-52/2017

# Ylidiagnostiikka tekee terveistä sairaita

*”Lääketiede on edistynyt niin valtavasti, että tuskin on tervettä ihmistä enää jäljellä.”*

– Aldous Huxley

Lääketieteen kyky auttaa sairaita on kasvanut huomasti, mutta lisääntyvästi vahingoitamme terveitä tekemällä heistä sairaita. Lääketieteen johtavat julkaisusarjat, erityisesti BMJ (Too Much Medicine) ja JAMA Internal Medicine (Less is More), ovat olleet uranuurtajia julkaisemassaan artikkeleja, jotka ovat kiistatta osoittaneet ylidiagnostiikan ja ylihoidon olemassaolon (1,2).

Terveyden ja sairauden häilyvä raja (3) altistaa ylidiagnostiikalle. Yhden määritelmän mukaan ylidiagnostiikka tarkoittaa sitä, että diagnosoidaan sairaus, joka ei olisi koskaan aiheuttanut oireita tai lyhentänyt elinikää (4,5). Se ei siis ole väärä positiivinen testituloks. Diagnostiikka

usein median luoman hypen ansiosta – haluat aiempaa enemmän ”tarkempia tutkimuksia” (4,5). Lisääntyvät löydökset laskevat kynnystä lisätutkimiseen, koska tulee vaikutelma, että se kannattaa (5). Alidiagnosoinnin pelko kasvaa, ja näin on syntynyt defensiivisen lääketieteen kehä. Terveydenhuollon kaupallistuminen lisää ilmiötä entisestään (4,5).

Hoitosuositukset usein laajentavat sairauden käsitettä (4,8). Tuoreen tutkimuksen mukaan yksikään suositus ei arvioinut sairauden käsitteen laajentamisen haittoja (8). Merkittäviä kaupallisia sidonnaisuuksia oli 75 %:lla suositusten laatijoista; Suomessakin hoitosuositusryhmien puheenjohtajista niitä oli kahdella kolmesta, jäsenistä puolella (9). Laajentumisesta on esimerkkejä useilta aloilta: ADHD, osteoporoosi, polykystiset munasarjat, sydäninfarkti (1,2,4,5,8). Hoidon absoluuttinen hyöty lisääntyy taudin vaikeutuessa. Sairauden käsitteen laajentuessa lieviin tapauksiin yhä useampi saa hoidosta todennäköisemmin haittaa kuin hyötyä, sillä haitat pysyvät suunnilleen samoina. Huoli on tiedostettu: vastikään julkaistiin ohjeistus sairauden rajojen muokkaukseen (10).

Ylidiagnostiikalla on monia kielteisiä vaikutuksia (1,2,4,5). Kun terve diagnosoidaan sairaaksi, turha diagnoosi voi aiheuttaa huolta ja johtaa turhiin tutkimuksiin ja hoitoihin. Tämä sitoo resursseja, jolloin hoitoja kipeimmin tarvitsevien hoito viivästyy. Ylidiagnostiikka kasvattaa myös terveydenhuollon kokonaiskuluja.

Koska ylidiagnostiikka johtuu monesta tekijästä (Liitekuvio sähköisessä versiossa), myös ratkaisut vaativat useita keinoja. Tavoitteena ei tule olla mahdollisimman varhainen, vaan oikea-aikainen diagnosointi. Sekä lääkäreiden että potilaiden tulisi tiedostaa liiallisen lääketieteen vaarat. ●

➤ **Kuuntele myös haastattelu, johon on linkki verkkoversiossa, [www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi)**

sista ei vain ole potilaalle hyötyä, vaikka se on tehty normien mukaisesti oikein (4,5). Medikalisaatio on sille läheinen käsite; siinä lääketiede laajenee aiemmin ei-lääketieteellisiin pidetyille alueille (5).

Yleisen käsityksen mukaan ”ehkäisy on parempi kuin hoito” ja ”parempi katsoa kuin katua”. Laajat systemaattiset katsaukset selvittivät kliinikoiden (ja potilaiden) käsityksiä hoidoista, seulonnoista ja testeistä, ja niiden mukaan haittoja useammin aliarvioitiin kuin yliarvioitiin ja hyötyjä useammin yliarvioitiin kuin aliarvioitiin (6). Kun lääkäreitä ei ”rangaista” ylidiagnostiikasta, mutta näin voidaan tehdä havaitsemattomista diagnooseista (alidiagnostiikka), on maa-perä hedelmällinen ylidiagnostiikalle.

Ylidiagnostiikan taustalla on myös kehittyvät kuvantamis- ja muut diagnostiset tutkimukset (4,5). Tarkemmat menetelmät havaitsevat entistä pienempiä muutoksia, kuten hyvin pienen keuhkoveritulpan tai kasvaimen (5,7). Potilaat –

## LIITEKUVIO 1.

### Yli diagnostiikan tausta.



### KIRJALLISUUTTA

- 1 Glasziou P, Moynihan R, Richards T, Godlee F. Too much medicine; too little care. *BMJ* 2013;347:f4247.
- 2 Grady D, Redberg R. Less is more: how less health care can result in better health. *Arch Intern Med* 2010;170:749–50.
- 3 Tikkinen KA, Leinonen JS, Guyatt GH, Ebrahim S, Järvinen TL. What is a disease? Perspectives of the public, health professionals and legislators. *BMJ Open* 2012;2(6).
- 4 Pathirana T, Clark J, Moynihan R. Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions. *BMJ* 2017;358:j3879.
- 5 Hofmann B. Medicalization and overdiagnosis: different but alike. *Med Health Care Philos* 2016;19:253–64.
- 6 Hoffmann TC, Del Mar C. Clinicians' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med* 2017;177:407–19.
- 7 Welch HG, Black WC. Overdiagnosis in cancer. *J Natl Cancer Inst* 2010;102:605–13.
- 8 Moynihan RN, Cooke GP, Doust JA, Bero L, Hill S, Glasziou PP. Expanding disease definitions in guidelines and expert panel ties to industry: a cross-sectional study of common conditions in the United States. *PLoS Med* 2013;10(8):e1001500.
- 9 Saloheimo P. Sidonnaisuudet: seuraava askel? *Suom Lääkäril* 2017;41:2279.
- 10 Doust J, Vandvik PO, Qaseem A ym; Guidelines International Network (G-I-N) Preventing Overdiagnosis Working Group. Guidance for modifying the definition of diseases: a checklist. *JAMA Intern Med* 2017;177:1020–5.