

Medicinens skyggeside: Under kniven uden grund

Tvivlsomme operationer i de tyske hospitaler og lægeklinikker

Helt systematisk udsættes ryg-, hjerte- og knæpatienter for nytteløs behandling. Mange behandlingsforsøg beror på fejlskøn eller sker ud fra en økonomisk interesse. Det ses helt tydeligt, når læger bliver syge: De lader sig sjældent behandle på samme måde som resten af befolkningen...

Med en laserkanon skyder lægen Dierk Maass 20-30 huller i det pumpende hjerte. Hvide røgskyer stiger op fra patientens bryst. For at lukke sårene lægger professoren blot fingeren på skudhullerne. Laserhullerne skal få de mindste blodårer til igen at spire frem i hjertepumpen og dermed forsyne det syge hjerte med frisk ilt.

På et tidspunkt havde Maass, der var chef for hjertecentret ved hospitalet i den schweiziske by Kreuzlingen, stor succes som pioner for den spektakulære operation. Dengang for ca. 10 år siden forkyndte han, at der var tale om en "ganske entydig" succes. Af de behandlede patienter var 90% "symptomfri eller i betydelig bedring" - et budskab, som han blev hyldet for med stående ovationer på en kongres i Paris.

100.000 af patienter fattede nyt håb, og den faglige verden var ekstatiske. Den transmyokardiale laser-revaskularisation (TMLR) erobrede de tyske lægers hjerter med storm. I Marburg, Lübeck, Hamburg, Völklingen, Berlin og Freiburg anskaffede man apparater til 650.000 Euro pr. stk. Med stor iver brændte lægerne huller i syge hjerter. Kun leveringsproblemer hos producenten af apparaterne satte midlertidigt en bremse for udbredelsen af TMLR.

Men så en dag trykte fagbladet "The Lancet" en artikel om den rygende hjertelaser. I et klinisk forsøg havde britiske læger inddelt 188 hjertesygge forsøgspersoner i to grupper. Den ene halvdel udsatte de for TMLR og traditionel medicinbehandling; den anden behandlede de kun med medicin.

Resultatet efter 12 måneders behandling: Hverken ved belastnings-EKG eller ved løbetests kunne man påvise nogen fordel ved laserbehandlingen. Tværtimod var der store komplikationer: 5% af personerne var døde under eller lige efter strålebeskydningen - og i alt overlevede kun 89% af laserpatienterne det første år. Blandt kontrolgruppe-patienterne var 96% derimod endnu i live efter det første år. Konklusionen på forsøget, der blev offentliggjort i 1999, var entydig: "Anvendelsen af TMLR-behandlingen kan ikke anbefales".

Undersøgelsen af de behandlede hjerter afslørede, at der ikke var opstået nye blodkar som følge af beskydningen - de var ren ønsketænkning fra laserkirurgens side.

TMLR-apparaterne giver nu mange tyske sygehuse et affaldsproblem, fortæller Axel Laczkovics, leder af hjerte- og thoraxkirurgisk afdeling ved Klinik Bergmannsheil i Bochum: "I dag står de dyre apparater i kælderen, for det er ikke så let at komme af med dem. Men brugt bliver de ikke."

Desuagtet "skyder" man stadig på intetanende hjertepatienter i mange operationsstuer. Den tidligere pioner fra Kreuzlingen hjertecenter tilbyder stadig TMLR-behandling. Han sælger metoden som "nyt håb" til privatpatienter.

Overflødige behandlinger er en af skyggesiderne ved medicinen. Og de er forbløffende hyppige.

Her kommer syge mennesker og overgiver sig i den moderne medicins varetægt. De ser kridhvide kitler, farvestrålende piller og kirurgiske redskaber, der lyner i neonlyset. Men hvad får de til gengæld for deres tillid? 20-40% af alle patienter - hedder det i det velrenommerede lægetidsskrift *New England Journal of Medicine* - bliver udsat for medicinske procedurer, som ikke har nogen virkning. Eller i hvert fald ikke nogen nævneværdig virkning.

Det handler ikke om uheld, eller om amputation af det forkerte ben, eller om en sårklemme, der er glemt i bughulen. Det handler om forsøg på helbredelse, hvor det allerede fra starten er tydeligt for enhver, at det er meningsløst eller endog skadeligt. Det handler om svindel i systemet.

Hvem mærker ikke fra tid til anden lidt prikken og stikken i knæet? Slidgigt (artrose) i knæet er en folkesygdom, og 100.000 af tyskere bliver hvert år opereret for den. Knæled bliver skyllet, og knogler filet til. Men nytter det? ”Jeg er både patient og læge”, erklærede William Tipton, som gennem længere tid var et af de førende medlemmer i det amerikanske akademi for ortopædkirurger: ”Mit knæ er bulet, men jeg vil ikke have foretaget en kikkertundersøgelse. Jeg ved jo, at det ikke nytter.”

Ingen bestrider medicinens nytteværdi. Ingen underkender dens fantastiske fremskridt, f.eks. inden for transplantations- og traumekirurgien. Lunge-, blod- og hjernehindebetændelse var tidligere sygdomme, som oftest medførte døden, mens de i dag næsten altid helbredes. Men trods alle de goder, som medicinen har givet os mennesker, er alt for mange behandlingsformer løgn og bedrag. Og lige netop, når det ikke drejer sig om liv eller død, er diagnoser, ordineringer og kirurgiske indgreb i mange tilfælde ikke en medicinsk nødvendighed. De beror langt oftere på vildfarelser, fejlskøn - og økonomiske interesser.

Man skønner, at mindst 17.000 mennesker årligt rammes af pludseligt høretab. Med en nervesønderlidende ringen og susen for øret går de til lægen. Tusindvis af disse patienter får dextran-opløsninger, glucokortikoider, bedøvelsesmidler, hydroxyetyl-stivelse, gingko-ekstrakt og mange andre gode sager indsprøjtet i blodbanen. I flere timer ligger den godtroende patient med drop, og dette gentager sig op til 10 gange. Men den tilsyneladende så udspekulerede infusionsbehandling er terapeutisk bedrag. Man har sammenlignet stofferne med andre behandlingsformer og med placebo: Man kunne ikke påvise nogen virkning ved enkeltstofferne - og langt mindre bevise noget.

Tværtimod, faktisk: Infusionsbehandlingen kan være livsfarlig, advarer læge Johannes Köbberling fra Wuppertal, f.eks. når bakterier kommer ind i kroppen via infusionsslangen og udløser en dødbringende blodforgiftning. Og dette er ikke noget tænkt eksempel - det er allerede sket.

Ganske vist findes der tilfælde, hvor infusionsbehandlingen har haft et godt forløb, men det er der en ganske banal grund til: I op til 90% af tilfældene går symptomerne på høretab væk af sig selv. Altså er det ikke noget mirakel, der sker, når lægerne sprøjter stoffer og kemikalier ind i andres kroppe og begrunder proceduren med ”traditionelt gode erfaringer”. Den tyske sammenslutning af øre-/næse-/halslæger anbefaler infusionsbehandlingen, som hvert år indbringer ca. 500 mio. euro til deres medlemmer og andre læger, - og retfærdiggør den med ”intuition” og ”personlig erfaring”.

Deutsche Ärzteblatt advarede allerede for flere år siden om, at som følge af ”den totale markedsføring af vores sundhedssystem har lægerne udviklet sig til helbredelsestekniknere og/eller erhvervsdrivende og købmænd”. Et rolleskift fra helbreder til handlende kan for øjeblikket tydeligt aflæses

på de såkaldte individuelle sundhedsydelse. Det er på alle måder fuldstændigt overflødige procedurer, som man skal betale af egen lomme hos lægen.

Hos mange læger er hele personalet gearret til at sælge tvivlsomme tilbud til den intetanende gæst. De venlige klinikassistenter har været på salgskursus og får direkte del i omsætningen på de omtalte sundhedsydelser - og derfor forsøger de at prakke det ældre publikum flest mulige vaccinationer og andre opbyggelige ting på ærmet. Praktiserende læger undervises på kongresser i alt fra kropssprog til ordvalg, der er bedst udnytter samtalen med patienten i salgøjemed. Og det gør de med stor iver: Ca. hver fjerde person, der kommer ind i en lægepraksis, får tilbudt en individuel sundhedsydelse. Det giver en omsætning på over 1 mia. euro til selvbetalers-industrien hvert år.

Men hovedparten af de individuelle sundhedsydelser, f.eks. subakvale tarmbade, lysterapi eller blodbestråling, er ikke andet end medicinske fiduser. De er blevet afprøvet af repræsentanter for sygekasserne og lægestanden og enstemmigt rubriceret som "medicinsk ikke nødvendige".

Humbug og farlige tiltag gennemsyrrer også lægemiddelverdenen. WHO anså på et tidspunkt 306 forskellige aktive stoffer for at være uundværlige. Men i Tyskland er der på nuværende tidspunkt registreret mere end 2.300 stoffer i flere end 52.000 handelsvarer på markedet.

I pilleslugernes land er forbruget af medicin pr. indbygger steget til mere end det 20-dobbelte siden 1950, og den årlige udgift for sygekasserne ligger på mere end 21 mia. euro. Ældre mennesker bliver i de værste tilfælde behandlet med op til 60 forskellige stoffer på samme tid. "Polypragmatik" kalder lægerne sådan noget - ordinerer af en overflod af lægemidler uden noget samlet formål.

Visse undersøgelser foretaget af bl.a. de amerikanske teknikvurderingsmyndigheder, har erkendt, at kun ca. 20% af de alment kendte lægemidler har en sikker virkning. Ifølge fagbladet *The Lancet* "synes den kliniske medicin at bestå af nogle ting, vi ved noget om, nogle ting, vi tror, vi ved noget om (men formentlig ikke ved noget om), og nogle ting, vi overhovedet ikke ved noget om."

Således er det standard på klinikkerne at fjerne lymfeknuder fra armhulerne på kvinder med brystkræft. Denne velmente "tømning" skal tjene til inddæmning af kræftsygdommen. Men som undersøgelser har vist, øger indgrebet ikke chancerne for at overleve. Tværtimod giver den ar og større smerter, end de fleste kirurger åbenbart er klar over. Efter indgrebet er kvinderne ofte ikke længere i stand til at bevæge armene rigtigt. Så i stedet for at hjælpe forringer operationen kvindernes livskvalitet, siger læger fra Klinikum Grosshadern ved Münchens Universitet.

Netop inden for kirurgien ser man nytteløse metoder. Det at skære og save i kød og knogler er videnskabeligt set kun dårligt begrundet, beretter medarbejdere ved studiecentret i den tyske sammenlutning af kirurger i Heidelberg: "Der findes kun data for mindre end 15% af de kirurgiske spørgsmål i randomiserede, kontrollerede forsøg". Det betyder på jævnt dansk, at der for 6 ud af 7 operationsmetoder mangler et solidt datagrundlag. Så måske var det mere tilrådeligt helt at undlade at foretage indgrebet.

Manglen på videnskabelige beviser betyder naturligvis ikke nødvendigvis, at de mange, uprøvede metoder ikke dur eller er overflødige. Men det hjælper på forståelsen af, hvorfor der findes så mange metoder uden virkning. Drevet af ønsket om at hjælpe mennesker propagerer kirurgerne for teknikker, som de ofte overhovedet ikke ved, om de kan opnå noget som helst med. Det gælder f.eks. den forebyggende operation af indsnævrede halspulsårer (20.000 operationer årligt i Tysk-

land). Man kan godt nok forebygge slagtilfælde, men opererer man patienter uden problemer, kan selve arbejdet med halsen udløse præcis den lidelse, som den egentlig skulle afværge: et slagtilfælde.

Et andet eksempel er robot-kirurgien: Igennem 10 år fik tusinder og atter tusinder af tyskere indsat kunstige hoftede af de såkaldte Robodocs. Man var allerede i USA i gang med videnskabelige undersøgelser af, om maskinerne nu også er bedre til at operere end kirurger af kød og blod. Men de tyske læger ville ikke vente på resultaterne. Ca. 90 tyske klinikker anskaffede sig en Robodoc til en stykpris af ca. ½ mio. euro. For et år siden blev apparaterne så standset på grund af protester og klager fra patienterne: Robotterne havde i usædvanligt mange tilfælde beskadiget nerver og muskler - eller endog ødelagt dem helt. I USA havde man imidlertid ikke på noget tidspunkt tilladt brugen af robotterne på grund af sikkerhedsproblemer.

Behandlingsbølger udløses altid af nye teknikker, som både læger og patienter i lige mål er fascinerede af. Således fjerner man f.eks. ca. 80.000 galdeblærer pr. år i Tyskland. I starten af 1990'erne blev det så populært at fjerne dette ikke livsnødvendige organ med såkaldt nøglehulskirurgi (laparoskopi). Derved undgår man store ar, og patienterne kan forlade hospitalet allerede efter få dage.

Laparoskopi blev efterhånden så udbredt, at nogle kritiske læger fik mistanke om, at man i stigende grad fjernede galdeblæren også fra raske mennesker. Kirurgen Hans Troidl fra Köln sagde f.eks. i efteråret 1992, at han ikke var overbevist om, at man kun opererede de personer, hvor indgrebet var nødvendigt. To år senere redegjorde kirurgen Jörg Siewert på den tyske kirurg-kongres i München for, at antallet af indgreb var steget med 30% i løbet af to år.

I USA var der heller ingen kontrol med operationerne. Her var målgruppen primært unge, symptomfrie mennesker med en god sygeforsikring. Man gjorde den forebyggende fjernelse af galdeblæren "spiselig" for denne gruppe med argumentet om, at de i så fald var beskyttet mod kolik ved rejser i udlandet. Det er "mannequin-kirurgi", tordner Siewert. Han ser to primære årsager til boomet: På den ene side har producenterne af apparaterne markedsført metoden meget målrettet, og på den anden side roser medierne uforbeholdent fjernelsen af galdeblæren via nøglehulskirurgi.

Da britiske læger ville finde videnskabeligt belæg for metodens fortrin, så det imidlertid noget anderledes ud. Forsøgsgruppen omfattede i alt 200 personer, som tilfældigt blev inddelt i to grupper. Den ene gruppe blev opereret med laparoskopi, mens den anden blev opereret på "traditionel vis" med åbning af bughulen (en metode, som man i mellemtiden også var blevet i stand til at foretage med forholdsvis små ar til følge). Alle forsøgsdeltagere fik samme forbindelse på, så man ikke var i stand til at afgøre, hvem der havde fået hvilken type behandling ud fra sårets udseende.

Resultatet var, at laparoskopi tager væsentligt længere tid (i gennemsnit 65 minutter) end den traditionelle metode (40 minutter). Hvad hospitalsopholdets længde (3 dage) og rekonvalscens-periodens længde (3 uger) angik, kunne man ikke fastslå nogen forskel.

Det har dog ikke betydet noget afbræk i laparoskopis sejrstog - kirurgerne bekymrer sig nemlig ikke synderligt om de videnskabelige resultater, der blev offentliggjort i 1996. Tværtimod: Der er kommet endnu større efterspørgsel på den nye teknik, så nu er det ikke længere 80.000 galdeblærer, der fjernes pr. år - tallet er helt oppe på 180.000, hvoraf de 90% fjernes laparoskopisk.

Kirurgerne Markus Büchler og Christoph Seiler opsummerer: ”Dermed omfatter det almindelige behandlingsudbud i dag en operativ metode, hvis omkostninger i dag belaster systemet, men hvis reelle nytteværdi aldrig er tilfredsstillende belyst.”

Med deres medarbejdere fra Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie i Heidelberg vil Büchler og Seiler nu udforske nytteværdien ved de systematiske indgreb. De plæderer endog for, at patienter under visse omstændigheder kun opereres som en skinmanøvre for at undersøge den reelle værdi ved ikke blot nye, men også allerede etablerede metoder.

Den form for placebo-kirurgi, som de to kirurger foreslår, synes ved første øjekast at være en smule vanskelig: Patienterne tilføres små sår for at fingere et indgreb. På den anden side er det den bedste mulighed for at afsløre overflødige operationer - det viser historien med kikkertundersøgelserne...

Kikkertundersøgelser af knæled (også kaldet knæartroskopi) anvendes, når knæledet er plaget af slidgigt, dvs. knoglerne er slidt op eller beskadigede. Lægerne skyller 10 liter væske gennem knæet, om nødvendigt fjerner de løst knoglemateriale med deres instrumenter og udglatter ru overflader - og dermed er der gjort hovedrent i knæledet.

Det har udviklet sig til en ekstremt hyppig procedure. I alt foretages der ca. 190.000 kikkertundersøgelser af knæ på de tyske hospitaler hvert år, og dertil kommer flere hundredtusinder af indgreb, der foretages hos praktiserende læger.

Også i USA har indgrebet udviklet sig til en hel industri. Det er udført mere end 650.000 gange og står for en omsætning på 3,25 mio. dollars. En af dem, der længe har haft en hånd med i spillet, er Bruce Moseley. Som læge for det amerikanske basketball-landshold har han plejet dyrebare sportsknogler, og som ortopæd ved Houston Veterans Affairs Medical Center i Texas behandlede han gigtplagede knæled.

Hans (ofte ældre) patienter havde som regel gigt, og brusken i deres knæled var slidt af. Moseley skyllede leddet, polerede de indvendige kanter - og hans patienter fik det bedre. Ærgerrig som han var, ville Moseley vide, om det nu også var nok at gennemskylle knæet, eller om det ikke var endnu bedre også at polere brusken. En af hans kvindelige kolleger foreslog imidlertid, at man ved samme lejlighed også skulle sammenligne med en skin-operation. For måske er det sådan, tænkte hun, at det kun er selve ritualet, der har en virkning ved artroskopi. ”Jeg er ked af at sige det, men jeg er ikke sikker på andet, end at den største placebo-effekt opnås ved kirurgi”.

Det var startskuddet til en af de hidtil største undersøgelser af skinoperationer. 180 patienter med middelsvår gigt i knæledet blev tilfældigt inddelt i forskellige grupper. Hvem der var i hvilken gruppe, fik Bruce Moseley først besked om via forseglede kuverter, som han åbnede umiddelbart før operationen.

Nogle patienter blev lagt i fuld narkose og intuberet, og derefter blev de behandlet artroskopisk. Hvordan det skulle gøres, fik han også besked om i kuverterne. Enten skulle knæet skylles igennem, eller også skulle det både skylles og poleres.

Den anden gruppe patienter - placebogruppen - fik en indsprøjtning, som bragte dem i en halvsovende tilstand. De fik et stærkt smertestillende middel og ilt via maske. Moseley skar tre små snit i knæet med en skalpel og bevægede benet på samme måde, som han gjorde ved den rigtige opera-

tion. En assistent sprøjtede vand i en spand for at simulere plaskelyde. Også selv forsøgsdeltagerne sov - alt skulle være så virkelighedstro som muligt.

Samtlige patienter blev en ekstra nat på hospitalet og derefter udskrevet. Ingen fik at vide, hvad der var blevet gjort med deres knæ. Men det var også ligegyldigt: To år efter forsøget var næsten alle patienter tilfreds med deres indgreb og i mange tilfælde meget glade over, at de havde færre smerter, uanset om de var blevet opereret eller ej. Det var altså ikke indgrebet til 5.000 dollars, der havde hjulpet - det var snarere kirurgens overbevisende evner.

Ifølge forskerne er placeboeffekten (placebo er latin for "Jeg vil behage") en meget stor del af medicinens virkeprincip. Forberedelserne til en operation, lægernes interesse, indtagelsen af piller: Det giver alt sammen en vis for form for fortrøstning, og alene det er ofte nok til at forbedre den syges tilstand ganske betydeligt.

Hjertepatienter, som man gav forebyggende tabletter uden virkning, har ifølge en undersøgelse en lavere dødelighed sammenlignet med patienter, som ikke får forebyggende medicinsk behandling.

Ud over placeboeffekten og de økonomiske incitamenter har sundhedsforskerne fundet flere grunde til, at fejlagtige og endog farlige procedurer introduceres og af og til får lov til at forblive i årtier, uden at man opdager dem:

Mennesker er modtagelige for behandlingsidéer af enhver form, så længe de blot lyder troværdige: Hjertelaseren får blodkarrene til at spire frem, Robodoc ryster ikke på hænderne, skylninger renses leddene. Sådanne øjensynligt indlysende forklaringer foregøgler ikke blot patienterne, men også lægerne, at de forstår sygdommen og dens behandling.

Når man har det dårligt, længes man efter at kunne gøre noget. "Ut aliquid fiat" lyder princippet: Så sker der noget, for der er ikke noget, der er ret meget værre end uvirksomhed. Som en af de første beskrev psykiateren Eugen Bleuler fra Zürich i klassikeren "Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung", som udkom i 1919 og stadig er aktuel, hvorfor lægerne anstrenger sig for at helbrede patienterne mod bedre vidende: "Patientens tvingende, øjeblikkelige behov gør det svært for lægen at sige, at her rækker videnskaben ikke, og at man blot ville bruge en masse tid og penge på at nå et mål, der ikke kan nås."

Det er let at komme til fejlagtigt at tilskrive spontan helbredelse et forsøg på behandling. Mange sygdomme har nemlig en tendens til at blive bedre at sig selv. Uvægerligt vil både patient og læge gå ud fra, at det positive forløb skyldes behandlingen. Et eksempel er ledegigt-patienter, der har haft held med vidt forskellige behandlingsformer: kobberarmbånd, flytning til Mallorca, mindre sukker, salt eller kød - eller læsning af opbyggelig litteratur. "Skal man vurdere disse behandlingsformer", skriver den amerikanske læge Lewis Thomas, "støder man på problemer: Ca. 35% af alle patienter med diagnosen ledegigt bliver bedre, uanset hvad de gør."

Selv hvis tvivlsomme behandlingsforsøg overhovedet ikke har nogen positiv indvirkning på patienten, kan de overleve længe. Tilbagefald i sygdomsforløbet bliver ubevidst tilsløret. Hvis patienten ikke får det bedre efter operationen, spørger kirurgen ofte mindre eller overhovedet ikke - eller i værste fald om der ikke skal skæres lidt mere.

Virkningsløs medicin virkning bliver ofte først opdaget på afstand, f.eks. når forskere undersøger den geografiske fordeling af medicinske procedurer. Om en patient opereres, afhænger i høj grad af, hvor vedkommende bor. I Basel foretages der tre gange så mange øre-/næse-/halsoperationer som i kantonen Graubünden – regnet ud fra befolkningstallet. Som følge heraf lever 40% af alle voksne i Basel, men kun 25% af indbyggerne i Graubünden, uden mandler. Antallet af kvinder uden livmoder er dobbelt så højt i Schweiz som i Frankrig - en forskel uden nogen lægefaglig grund.

Når det gælder hjerteoperationer, ligger Tyskland i front. I forhold til indbyggertallet bliver der ingen steder foretaget så mange kateter-undersøgelser som i Tyskland. Lægerne stikker en kanyle ind i pulsåren i lysken. Herigennem skubber de en tynd, fleksibel slange (kateter) op til hjertet, sprøjter en kontrastvæske i blodbanen og røntgenfotograferer derefter hjertet. På denne måde kan man gøre mulige indsnævring tydelige.

35.680 gange blev denne procedure udført i Tyskland i 1980. Dette tal var i 2003 steget til over 655.000 - 18 gange så mange. Det tyske firma Herzkatheter-AG har en årsomsætning på ca. 530 mio. euro på dén konto.

Er det utænkeligt, at mange af disse undersøgelser planlægges noget overilet? Hver anden kateterundersøgelse i Tyskland fører ikke til nogen form for behandling. Og i en tredjedel af alle tilfælde viser det sig endog, at de undersøgte har helt sunde og raske hjerter. ”Med 1.000 kateter-undersøgelser pr. år kan det ikke betale sig at måle”, indrømmede Eckart Fleck fra det tyske Herzzentrum Berlin allerede for nogle år siden, ”derfor bliver vi i Guds navn ved med at foretage undersøgelserne, så længe der er penge i det”.

En lignende stigning kan man iagttage i antallet af ballonudvidelser i Tyskland. Som ved kateterundersøgelserne føres en bøjelig gummislange ind i kranspulsårene. Der, hvor slangespidsen støder på indskrænkninger, pumper man en lille oppustelig ballon op. På denne måde kan man udvide karret indefra. Oftest sætter kardiologerne i forbindelse med udvidelsen også et lille, fintmasket stålrør ind, en såkaldt stente. Den bliver siddende i karret og skal holde det åbent indefra.

I 1990 udførte kardiologerne i Tyskland 33.785 ballonudvidelser. I 2003 lå tallet på 222.668. At puste en ballon op koster i gennemsnit 3.600 euro. På et år bliver det til mere end 800 mio. euro.

Næsten 10% af disse indgreb bliver foretaget med den fyndige begrundelse, at de forbedrer ”prognosen”. Men i virkeligheden er karudvidelserne overhovedet ikke i stand til at reducere risikoen for fremtidige hjerteinfarkter. Sammenslutningen af ledende hospitalskardiologer har offentligt advaret om, at der ved mange ballonudvidelser mangler en klar, medicinsk begrundelse. ”På de private hjerteklinikker er der tale om regulær knopskydning”, lød det fra Michael Böhm, som dengang var professor ved universitetsklinikken i Köln. ”Jeg vurderer, at vi, når det gælder ballonudvidelser, ligger ca. 20% over det antal, vi rent faktisk burde udføre”. Det var i 1997 - siden da er antallet af indgreb i Tyskland steget med 60%.

Alligevel er større operationer som ballonudvidelser og bypass-operationer åbenbart ikke bedre våben i kampen mod åreforkalkning end klassiske hjertepræparater. Det er konklusionen på 4 undersøgelser med deltagelse af mere end 6.400 mennesker. Hvis man passer på kost og livsstil, får motion regelmæssigt, holder op med at ryge og tager den medicin, man får ordineret, kan man gøre mere for sit hjerte, end der kan gøres med alskens maskiner og operationsredskaber.

Det har læger fra hjerteafdelingen på universitetet i Leipzig med al ønskelig tydelighed påvist: De inddelte 100 mænd med 75% indsnævring i kranspulsårerne i to grupper. Den ene blev fik indsat en stente, den anden blev ordineret motion - 20 minutter dagligt på en motionscykel.

Resultatet efter et år var, at i motionsgruppen var 88% af mændene symptomfrie. I gruppen af patienter, der havde fået indopereret en stente, var dette tal kun 70%, enkelte havde været nødt til at få indopereret mere end én stente, og de havde flere hospitalsindlæggelser på grund af faretruende brystmerter. Sportsprogrammet var ikke blot bedre - det var også langt billigere: Hver "cyklist" kostede i alt ca. 3.000 euro, mens omkostningerne til indoperation af stenter beløb sig til 5.000 euro.

Men for mange mennesker er den noget blidere løsning ikke sagen, kunne lægerne konstatere. De fleste af deres patienter ville ikke ændre livsstil og krævede at få en stente sat ind. I en teknologi-orienteret verden synes folk åbenbart bedre om kompliceret indgreb end et "lav-teknologisk" motionsprogram, lyder det fra professor Rainer Hambrecht fra Leipzig.

Patienternes krævementalitet kan således spille en vigtig rolle. Under alle omstændigheder er omfanget af den medicinske overflod ikke nok til at forklare fænomenet. Ødselhed inden for sundheds-væsnen sker netop, når forsikrede efterspørger metoder, som ikke har nogen virkning på dem. Men hvordan skulle alle vi lægfolk kunne spotte en kvaksalver, når lægen råder én til noget andet? Hvis en patient opsøger forskellige læger, får hun ofte at vide, at hun lider af helt forskellige sygdomme og får helt forskellig medicin ordineret - efter princippet "Hvem du spørger, afgør, hvad du får".

Ofrene for dette fænomen er f.eks. mennesker, som går til lægen med mavesmerter og tarmstøj, skriver fagbladet *Gastroenterology*. Disse patienter med irriteret tyktarm får gerne fjernet organer fra kroppen - og mærkværdigvis er det altid andre organer end tarmen. De får dobbelt så ofte blindtarm og livmoder fjernet som resten af befolkningen, og galdeblæren ryger tre gange så ofte. Det er endog set, at man har skåret i rygsøjlen. Operationerne er under ingen omstændigheder berettigede - patienter med irriteret tyktarm hører overhovedet ikke hjemme på et operationsbord.

En forskergruppe under ledelse af Richard Deyo fra University of Washington i Seattle har undersøgt, hvor vilkårligt der bliver opereret for folkesygdommen rygsmerter. Forskerne forelagde flere lægegrupper de entydige, standardiserede diagnoser og spurgte, hvordan de ville behandle sådanne tilfælde.

Hver lægegruppe tydede tilfældene forskelligt: Rheumatologer ville dobbelt så ofte som andre læger gennemføre bestemte laboratorietests, fordi de regnede med, at patienterne led af en gigtsygdom. Neurokirurgerne ville dobbelt så ofte scanne ryggen, fordi de gik ud fra, at ødelagte ryghvirvler var årsagen. Neurologerne plæderede desuden tre gange så hyppigt for elektromyografi for at finde frem til defekte nerver eller muskler ved hjælp af nåleelektroder. Deyos kommentar: "Hvis patienten bliver forvirret, er hun ikke alene om det".

I Tyskland viser tal fra sygesikringen, at man i 1998 foretog 82 operationer for diskusprolaps pr. 100.000 forsikrede. Fem år senere var tallet 127 - en stigning på mere end 50%.

Og der er al mulig grund til at være tilbageholdende. Ingen anden gren af medicinen har frembragt flere menneskelige vrag end ryg-kirurgien. Man har foretaget disse operationer i 70 år efterhånden. I begyndelsen foretog man et snit på 15 cm, og da røntgenteknikken endnu ikke var særlig raffine-

ret, måtte kirurgerne i de første mange år rode rundt i det blodige sår for at finde den ryghvirvel, der var noget i vejen med. Ofte blev man nødt til at save både hvirvler og torntappe af undervejs.

Teknikken er senere blevet forfinet, men princippet er forblevet det samme: Efter et snit i ryggen bliver muskulaturen manøvreret til side, indtil man kan se rygkammen. I den mikro-kirurgiske variant er snittet kun tre cm. Lægerne kigger gennem et mikroskop (8-10 gange forstørrelse), når de fjerner den ledvæske, der er flydt ud ved diskusprolapsen. Dermed fjernes trykket på de nerver, der går ud fra rygsøjlen.

Der er ingen tvivl om, at der i nogle tilfælde skal opereres omgående for en diskusprolaps - f.eks. når patienten ikke længere har kontrol over blære- og lukkemusklerne. Oftest er der sket et "masseprolaps", som giver et faretruende pres på nerverne i bækkenregionen. Også i tilfælde, hvor musklerne ikke fungerer, så patienten f.eks. ikke kan løfte foden, eller der indtræffer lammelser, er lægerne nødt til at gribe ind omgående. Og får en rygpatient febrystelser, er der også tale om "højeste alarmberedskab", siger Jürgen Krämer fra den ortopædiske universitetshospital i Bochum. I disse tilfælde kan der rasere en betændelse i rygsøjlen, eller en kræftsvulst i ryggen klemmer nerverne.

Men generelt advarer Krämer mod at "give patienter ar efter overflødige operationer". Han mener ikke, at føleforstyrrelser i låret, manglende reflekser, iskiassmerter og mindre lammelser (pareser) i tærne er indikationer, der taler for en operation.

At skære i den skrøbelige rygsøjle er nemlig en svær operation. Det muskelvæv, som er vokset fast til rygkammen, skal løsnes, og rygmuskulaturen, som i forvejen er belastet, bliver yderligere svækket. Desuden omdannes det opererede væv til arvæv, som kan trykke på nerveenderne med store smerter til følge. Når man fjerner væv fra en bruskskive (diskus), forstyrrer man også dens funktion. Den mister tryk, bliver fladere og fungerer ikke længere som stabilisator for de berørte ryghvirvler. Og så er man inde i en ond cirkel, hvor operationen i sig selv fremmer yderligere degeneration.

Skønmæssigt 3-14% af alle de opererede klager over så stærke smerter, at de ret hurtigt igen skal opereres i ryggen. Ofte bliver hvirvlerne i det smertende stykke sat sammen med skruer og plader. Ved 15 britiske centre har man for nylig undersøgt, hvad dette voldsomme indgreb egentlig bibringer patienterne. Knap 350 mennesker, som i over et år havde klaget over kroniske rygsmerter, deltog. Halvdelen af patienterne blev behandlet med en operation, der gjorde leddene stive. Den anden halvdel fik kun muskeltræning og fysioterapi. Desuden fik sidstnævnte gruppe også psykologhjælp til sjælelig opbygning.

Efter to år blev deltagerne undersøgt, og man spurgte ind til deres generelle helbredstilstand. Resultatet af undersøgelsen blev offentliggjort i maj: Det gik ikke bedre for de patienter, som var blevet opereret i forhold til dem, der ikke var blevet opereret. Tværtimod førte operationen i 19 tilfælde til komplikationer, og 11 af patienterne måtte opereres igen.

Diskusprolaps-operationer (diskektomi) er nu så ofte gået skævt, at lægerne har set sig nødsaget til at opkalde et sygdomsbillede efter det: "Postdiskektomi-syndrom". Jan Brüns fra Bremen fik i en alder af 66 år gjort lændehvirvlerne stive. Hans smerter blev blot værre af operationen, så lægerne tog alle skruer og plader ud af ryggen på ham igen og sendte ham hjem fra hospitalet. Nu havde han så brug for plastickorset og gangstøtte.

Sådanne gyserhistorier er den bedste reklame for dem, der tilbyder såkaldt "minimal-invasive" metoder. Frem for alt private klinikker fremhæver denne form for behandling som et blidt alternativ til den traditionelle kirurgi og lokker målrettet også de rygpatienter, som kun har milde symptomer. "Ambulant operation af næsten enhver form for diskusprolaps". Under dette slogan har Klinik am Ring i Köln udvidet indikationen. "Aldrig mere rygsmerter takket være en skånsom behandling" lover dr. Schneiderhan i München.

Der er udarbejdet et smart katalog over diskusprolapsoperationer (*Münchner Medizinische Wochenschrift*). Det bliver løbende forbedret og udvidet. Man kan både dampe prolapsen, suge den ud eller knuse den. Alt dette foregøgl patienterne et fremskridt inden for behandlingen, som rent faktisk ikke er der.

Hertil kommer en mere end 200 sider lang rapport om de minimal-invasive diskusprolaps-operationer, som Dagmar Lühhmann fra Institut for Sozialmedizin ved universitetshospitalet i Lübeck offentliggjorde i april. Sammen med tre kolleger analyserede hun hundredvis af undersøgelser og patientberetninger. Resultatet er forfærdende. "Et hav af forskellige behandlingsmetoder har holdt deres indtog i medicinindustrien", siger Lühhmann. "Men der findes ikke solide beviser for, at de virker".

Forskergruppen fra Lübeck er på ingen måde modstandere af nye behandlingsmetoder. "Naturligvis skal man undersøge nye ideer", siger Lühhmann. Under alle omstændigheder bør man ikke teste innovative metoder på må og få, men i grundige, sammenlignende undersøgelser. "Det ville være en god ide", siger Lühhmann, "hvis sygekasserne kun dækker eksperimentel rygterapi, når den foregår i et klinisk forsøg".

For størsteparten af rygpatienterne er den bedste behandling også den mest enkle: At lade være med at gøre noget. I 1980'erne tilbød det ortopædiske universitetshospital i Bochum "kemonukleolyse" - en metode, man i dag er gået væk fra at bruge, men hvis virkemåde lød så indlysende: Indsprøjtet fordøjelsesenzym fjernede det materiale, som var flydt ud af diskusprolapsen. På grund af den enorme tilstrømning måtte mange patienter stå på venteliste. Da ortopæderne i Bochum efter 3-4 måneder endelig kunne tilbyde behandlingen til de i begyndelsen så fortvivlede patienter, havde mange af dem ikke længere behov for det - smerterne var forsvundet af sig selv.

I lyset af dette "ventelistefænomen" anbefalede Krämer sine medborgere - efter aftale med lægen - så vidt muligt at leve et normalt liv og satse på kroppens evne til at hele sig selv. Allerede efter to måneder havde 90% af patienterne det betydeligt bedre, og efter et år lå tallet på 99%.

Er der så noget at sige til, at ryglægerne forlader sig på varme og en fysioterapeuts hænder, når de selv får en diskusprolaps - i stedet for at lægge sig under en kollegas kniv? En undersøgelse blandt 220 neurokirurger og ortopæder, som var samlet til en rygsøjle-kongres i England, viste, at ingen af de tilstedeværende læger havde ladet sig operere på grund af rygsmerter.

Resultatet af denne spontane undersøgelse overrasker ikke dem, der er inde i tingene. Ved hjælp af adskillige spørgeskemaer har sundhedsforskere fundet ud af, at mange af de piller, operationer og forebyggende metoder, som borgerne bliver præsenteret for som det nyeste nye inden for forskningen, bliver forkastet af flertallet af lægerne og deres pårørende.

Ortopæder fra universitetet i Heidelberg har spurgt kolleger fra hele Tyskland, hvordan de forholdt sig til 11 standardoperationer. De i alt 169 svar var ret overraskende. I gennemsnit bifaldt kun 41%

alle metoderne - og for enkelte operationers vedkommende var ”forkastelsen” meget iøjnefaldende. F.eks. ville kun 17% af de adspurgte ortopæder lade sig operere for en diskusprolaps med vedvarende smerter.

Lægerne fra Heidelberg opfordrede deres kolleger til at lægge sig den store kirurg Theodor Billroths ord på sinde: Operér kun, hvis du selv ville lade dig operere for det samme. Er det nu så tåbeligt at mene, at det burde være en selvfølge?

Gianfranco Domenighetti, leder af sundhedsvæsnet i det schweiziske kanton Tessin, har i flere år offentliggjort de unødvendige behandlinger, der bliver praktet på alle dem, der søger hjælp fra medicinindustrien. Hvis alle patienter er lige så velinformerede som lægerne, må det nødvendigvis føre til den bedst mulige sundhedsvæsen, mener han.

Hvis der fandtes behandlingsformer, som læger i et antal over gennemsnittet ville lade udføre på sig selv, ville det være et tegn på underforsyning - nemlig at de effektive behandlingsmetoder ville være forholdt den almindelige patient. Hvis der omvendt fandtes indgreb, som læger ikke så hyppigt ville anvende på sig selv, var det et tegn på dårlige procedurer.

Sammen med kolleger fra Zürich sammenlignede Domenighetti, hvor ofte 7 almindelige indgreb blev foretaget blandt 5.300 mennesker med et sammenligneligt helbred. Det drejede sig om fjernelse af mandler og blindtarm, udskrabning samt amputation af livmoder, galdeblære, behandling af lyske- eller navlebrok og operation af hæmorroider.

Resultatet: Med undtagelse af fjernelse af blindtarmen var befolkningen generelt langt oftere under kniven end læger og deres familiemedlemmer. Ved fjernelse af mandlerne lå tallet for hele befolkningen på 46% flere operationer, ved lyskebrok 53% flere og ved fjernelse af galdeblæren endog helt op til 84% flere operationer. Alt i alt lå hyppigheden af indgreb på befolkningen generelt 33% højere. Så kan man jo spekulere på, om en tredjedel af disse operationer er overflødige...

Ud over læger var der interessant nok en anden gruppe, som også blev opereret sjældnere end den almindelige borger, nemlig advokater. Over for disse ”risikopatienter” holder lægerne sig helt bevidst tilbage, mener Domenighetti, fordi jurister bedre end andre borgere kan forsvare sig, hvis en overflødig operation får et dårligt resultat.

At stormen af protester mod den almindelige tendens til overbehandling indtil nu er udeblevet, skyldes, at tendensen ikke er kendt. Hvis man oplever, at man ikke får det bedre efter en operation, men snarere dårligere, så indhenter man som regel ikke en anden læges vurdering af, om operationen overhovedet var nødvendig. Man affinder sig intetanende med arrene. Og hvis man tager noget medicin, der ikke virker, lader man oftest resten af pillerne ligge i medicinskabet frem for at tage dem med til læge og klage over dem. Og hvor astronomiske prisen for overflødig behandling indimellem er, finder sygekassernes medlemmer ikke ud af, for pengene bliver jo bare overført til deres konto.

De fleste ubegrundede operationer og ordineringer sker uden graverende komplikationer (eller komplikationerne ikke sættes i forbindelse med operationen), så det er umuligt at finde frem til omfanget af denne form for ”skyggemedicin”. Dertil kommer patienternes ønske om at tro på, at de har underkastet sig den rigtige form for behandling. ”Det ligger i vores natur at tro på, at vi har truffet den rigtige beslutning”, siger Lucian Leape fra Harvard School of Public Health i Boston. Kun ”når noget går skævt, kommer patienten eller hans advokat i tanke om, at det måske var overflødigt”.

Det viser sagen om en 55-årig kvinde, som døde efter en hjerteoperation på Straubinger Südklinik. Her var man kommet til at beskadige hendes nyrepulsåre, men overførte hende først 6 timer senere til et større hospital, hvor man ikke længere var i stand til at redde hende. Ved retten i Regensburg idømte man den pågældende læge, som samtidig var ejer af privatklinikken, 3 års fængsel for legemsbeskadigelse og drab.

Den tyske patientforening i Marburg frygter, at ca. 100.000 hvert år bliver behandlet forkert, og at 25.000 af dem dør af iatrogene årsager (dvs. forårsaget af lægen). Den mindste del skyldes fejl, mens hovedparten skyldes konsekvenserne af overflødige og uberettigede operationer.

Disse bivirkninger forklarer medicinens paradoksale udvikling. Trods den uhørte vækst bliver folk ikke sundere. I USA, der er verdensmestre i sundhedsomkostninger, ordineres der 7 gange så mange bypass-operationer som i nabolandet Canada, og sundhedsudgifterne pr. indbygger er 75% højere. Men amerikanerne har en lavere forventet levealder end canadierne, og de amerikanske læger tjener næsten dobbelt så meget som deres canadiske kolleger. Tyskland ligger lige efter USA og Schweiz, når det gælder udgifter til medicinindustrien i bredeste forstand - men sammenlignet med andre industrilande er de tyske borgere på ingen måde sundere end andre, men ligger cirka midt i feltet.

Sundhed kan man ikke købe ved at pumpe flere penge ind i systemet. Her gælder loven om den fallende grænseværdi: Større og større investeringer giver mindre og mindre resultater. Og når man rammer til et vist punkt, kan yderligere vækst endog skade. Så ville det til syvende og sidst være så forfærdeligt, hvis medicinindustrien skrumpede, og hospitalerne engang imellem holdt lukket?

I foråret 2000 strejkede sygehuslægerne i Israel i flere uger. Hundredtusinder af undersøgelser blev aflyst, og titusindvis af operationer blev udsat eller aflyst. Modtagelse, dialyse-, kræft- og fødeafdelinger og afdelinger for for tidligt fødte børn forblev åbne - alle andre tilfælde blev afvist. Folk gik igen oftere til deres praktiserende læge eller blev simpelt hen hjemme.

En rundspørge blandt Israels bedemænd viste, at strejken havde følger: Der var betragteligt færre dødsfald i stort set hele landet.

Health News 2005