



ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Kritisk blikk på *screening*

AV KARIN FRYDENBERG

- Screening innføres uten at dokumentert effekt er vist.
- Screening kan føre til sykeliggjøring og overdiagnostisering.
- Villscreening kan gi pasienten økt belastning.
- Screening for sykdomsrisiko kan gi økt sykkelighet.



Karin Frydenberg

cand. med. fra Tyskland 1982, spesialist i allm. med. fra 1991, allm. praksis fra 1986, på Skreia Legesenter i Østre Toten fra 1989, med i Utpostenredaksjonen fra april i år.

Vi utsettes for undersøkelser i sykdomsforebyggende hensikt fra fødsel til godt inn i alderdommen. Noen er godt begrunnet og nyttige, andre reiser vanskelige spørsmål eller har så alvorlige sideeffekter at man bør vurdere å fjerne dem. Allmennlegers viktigste oppgaver er diagnostikk og behandling, og vi skal helst prioritere dem som trenger det mest. Jeg har ofte spurt meg, og har hørt det samme fra mange kolleger, om det er riktig å bruke så mye tid på screeningundersøkelser av friske mennesker. Disse innføres ofte uten god dokumentasjon av nytten for befolkningen, og på svakt grunnlag står de siden urokkelig uten at man spør om berettigelsen for å opprettholde dem. Utredning er nødvendig for å behandle sykdom, men undersøkelser for å påvise risiko for senere sykdom er likevel tveegget. De kan hjelpe noen, men kan også skape nye pasienter med problemer som er påført eller fremhevet og understreket av legen. Sykeliggjøring og overdiagnostisering kan også være bivirkninger, og undersøkelsene kan ta fokus bort fra viktige ting. La oss se nærmere på noen av problemene.

Vi definerer gjerne screeningundersøkelser som organiserte masseundersøkelser av en definert befolkningsgruppe, mens villscreening, eller opportunistisk screening, er uorganiserte lege- eller pasientinitierte undersøkelser for å avdekke skjult sykdom eller risiko for sykdom. Screening, villscreening, risiko for sykdom og diagnostiske undersøkelser, er vevd sammen i en vev det ofte kan være vanskelig å se trådene i. Mellom villscreening og diagnostiske undersøkelser, er det ingen klare skillelinjer.

WHO's kriterier

WHO's kriterier for faglig forsvarlig screening er omfattende, fordi man når man screener presumptivt friske individer, bør være sikker på at nytten overskygger skadevirkningene.

- Sykdommen må ha alvorlige konsekvenser
- Det må være mulig å påvirke sykdommens forløp
- Sykdommen må ha en asymptomatisk periode (identifiserbar høyriskostatus)

- Screening må ha dokumentert effekt
- Screening må være enkel, akseptabel og med valide tester
- Sykdommen må ha så høy prevalens at det rettferdiggjør kostnadene

Er de innførte screeningundersøkelsene effektive?

Vi har de siste 10–15 årene innført flere store screeningundersøkelser. Villscreening er blitt mulig for flere sykdommer og brukes mer ukritisk og i større omfang. Den faglige dokumentasjonen for å starte flere av screeningundersøkelsene har vært mangelfull (1,2). Mens diskusjonen rundt villscreening for osteoporose har vært vanskelig å forstå pga stor grad av tall- og begrepsforvirring (3), har andre diskusjoner vært forvirrende fordi fagmiljøer har stått steilt mot hverandre. Medikamentell behandling mot osteoporose er blitt mulig, men effekten er marginal og kun for definerte grupper og til store kostnader for samfunnet. Media overdriver farer om dødelige sykdommer og skaper angst. Mange aktører vil tjene penger på befolkningens sykdomsangst, slik at agendaen ikke alltid er konstruktiv helseopplysning. For allmennlegen kan det derfor være vanskelig, både pedagogisk og faglig, å nå frem med balansert informasjon til pasientene.

Verken HIV-screening av gravide, cervixcytologi-screening eller mammografiscreening hadde randomiserte undersøkelser som dokumenterte effekt før de ble innført. Man har HIV-screenet gravide i snart 20 år og burde nå spørre om man har oppnådd positive resultater og fjerne den hvis det ikke finnes gode svar (1).

Cervixcytologi

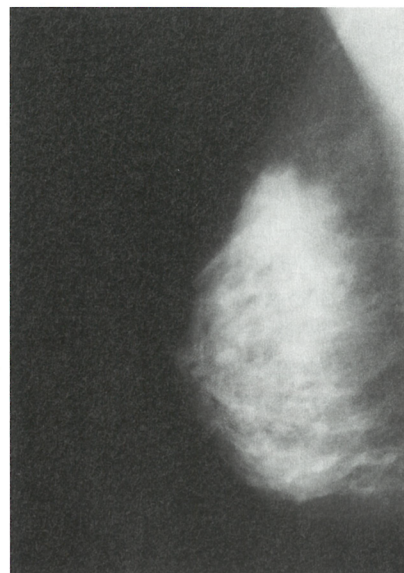
Etter innføring av cytologiscreening har man ikke kunnet vise effekt på insidensen av livmorhalskreft. Den var nemlig jevnt fallende til 1987 og etter det har den holdt seg relativt konstant. Fallet i insidensen kom parallelt i de nordiske land og kom altså før innføringen av organisert screening(4). Dette kan forklares av at villscreening var utbredt

før programmet ble innført. Man hadde ikke gode randomiserte studier fra før innføringen, og nå er det for sent(2). Kanskje er villscreening et like effektivt middel til å oppdage livmorhalskreft tidlig?

Mammografi

Siden man heller ikke for mammografiscreening (2) hadde randomiserte, sammenliknende undersøkelser fra før innføring av screening, kan vi ikke i ettertid vurdere effekten sikkert. Noen tall kan tyde på en bedre overlevelse,

men vi vet ikke om og hvor mye insidensen forandrer seg over tid, og kan derfor ikke sammenlikne dagens tall med tall fra før innføring av screeningen. Diagnostikk, behandling og oppfølging av mammacancer har fått et løft etter innføringen av screening (5), og man må anta at det også påvirker overlevelsen. Det har vært diskutert om man påvirker sykdommens forløp, eller om man bare oppdager kreften tidligere slik at kvinnen må leve flere år som syk uten at hun får flere leveår.



Det er også et stort antall falskt positive resultater. I undertak av 5 prosent blir innkalt til utdypende undersøkelser, mens man finner kreft hos 0,6 prosent. Noen blir unødvendig operert pga uklare eller falske funn, og nylig er det igjen vist at overdiagnostisering er et betydelig problem. Det dokumenteres i en svensk undersøkelse (6) publisert i British Medical Journal (BMJ) i år, at 10 prosent av kreftdiagnosene i mammografiscreeningen er overdiagnostisering. Per-Henrik Zahl skriver i Tidsskrift for den norske Lægeforening nr 17 i 2004 at så mye som to tredjedeler av brystkrefttilfellene oppdaget ved screeningen, er overdiagnostisering (7). Hans beregninger er blitt diskutert, likeså den svenske gruppens. Mens Zahl beskyldes for å estimere for høyt, mener en del i leserbrev i BMJ at de beregnede 10 prosent fra den svenske gruppen, er for lavt. Det betyr uansett at et stort antall kvinner uten grunn hvert år får en brystkreftdiagnose de opereres for og må leve videre med trusselen fra. Dette er etter min mening en viktig innvending mot mammografiscreening som må få følger for hvordan den skal drives videre.

Eksempel på screeningsundersøkelser:

- Av nyfødte: Føllings test på fenylketonuri fra 1978, hypotyreosetest fra 1979
- Barnekontrollene på helsestasjonen.
- Tuberculinest på ungdomsskolen.
- HIV test av gravide fra 1987
- Cervixcytologi fra 1995 på kvinner fra 25–69 år
- Mammografi fra 2004 på kvinner fra 50–69 år

Eksempel på screeningundersøkelser som diskuteres innført:

- Universell hørselstest av nyfødte
- Tidlig ultralyd av gravide
- Coloskopi
- CT colografi
- CT thorax
- Div. fecaltester som FOBT og Genefec
- Gentester

Nye screeningprogrammer?

Hett tema i sommer: Screening av gravide for gruppe B streptokokker (GBS) i skjeden etter at åtte spebarn døde av GBS infeksjon i første halvdel av 2006. Selv om denne testingen er innført i USA og noen fagrøster har gått inn for det i Norge også, har Folkehelsa og helsemyndighetene hittil avvist dette. Det undersøkes imidlertid nå om bakterien har endret virulens og om man derfor bør innføre screening. Ca 30 prosent av alle gravide har GBS i skjeden i perioder. Hvis man tester i 35.–36. uke, kan det likevel være en falsk negativ prøve, og hvis man skal behandle dem som testes positivt på GBS, må svært mange av de fødende kvinnene få i.v. penicillin under fødselen. Det kan ha negative konsekvenser både for mor og barn, miljø og resistensutvikling. Det vil bety flere undersøkelser av den gravide, flere oppfølgingssamtaler og mer engstelse uten at vi vet hvor mange barn vi vil redde.

Coloskopi-screening på colorektalcancer diskuteres også innført, men fagmiljøene i Norge ønsker å gjennomføre randomiserte undersøkelser i forkant. Coloskopi er ressurskrevende, men colorektalcancer er en hyppig kreftform med økende incidens og med forstadier som kan oppdages, behandles enkelt og gi kurasjon. Dette er faktorer som kan forsvare innføring av screening, men likevel må den faglige begrunnelsen og nytteeffekten være grundig dokumentert, og resultatet av gode forskningsundersøkelser må analyseres kritisk før en eventuell innføring av screening (8). Coloskopiscreening er allerede innført i Tyskland og USA uten at man på forhånd har dokumentert effekt.

WHO's kriterier for faglig forsvarlig screening er ikke oppfylt ved de omtalte screeningprogrammene, men WHO anbefalte selv innføring av mammografiscreening og følger altså ikke egne kriterier. Det er å håpe at randomiserte undersøkelser vedrørende nytten av coloskopiscreening gjennomføres før en eventuell innføring. Diskusjonen rundt innføring av et screeningprogram følges ofte av diskusjoner i media, og politisk press kan bidra til at den innføres før dokumentasjon foreligger.

Ultralydscreening av barnets nakkefold i 12.–13. svangerskapsuke for mulig påvisning av Down syndrom, er ikke innført, men har vært diskutert. I Danmark gis alle gravide tilbud uansett mors alder mens man i Norge gir tilbud om undersøkelse av mødre >38 år. I Danmark får mor beskjed av den som gjør ultralyden hvor stor risiko det er for at bar-

net har Down syndrom. Amniocentese gjøres hvis risikoen er over et visst nivå. Mange gjennomfører abort hvis Down syndrom påvises. Andre blir redde pga økt risiko. Dette reiser flere vanskelige etiske spørsmål.

Hvor vill er villscreeningen?

Ultralydscreening for ovarial cancer diskuteres. Som et generelt tilbud har dette vist seg å ikke gi noen helsegevinst for kvinnene (9). Det er dokumentert å ikke ha effekt. Det tilbys likevel av privatpraktiserende spesialister og kreves av enkelte kvinner «for å føle seg sikker». Helsevesen og presse må nok dele skylden for denne feilinformasjonen, men den er til irritasjon i den allmennmedisinske hverdag. Men pasienter skal behandles individuelt og undergrupper av kvinner med arvelig disposisjon for ovarialcancer skal følges med ultralyd eller de skal eventuelt tilbys primær oforektomi ved menopause. Når det gjelder PSA-screening for å finne prostatakreft har allmennleger forholdt seg til nasjonale retningslinjer som hittil har gått imot screening uten symptomer på sykdom i urinveiene, i større grad enn urologer (10), kanskje fordi problemene ved screening blir tydeligere i allmennpraksis. Ofte finner vi en lett forhøyet PSA ved prostatisme. Det medfører utredning og oppfølging, med de belastninger det innebærer for pasienten. Men likevel kan spørsmålet om kreft forbli uavklart i mange år, kanskje for alltid. Noen lever godt med en viss risiko mens det for andre er ødeleggende og angstskapende.

Hvor mye risiko kan vi leve med?

Villscreening kan i noen tilfeller være nødvendig og viktig, andre ganger kan det være unødvendig, dyrt og skadelig. Villscreening er utbredt og økende pga flere tilgjengelige tester og fordi pressens fokus på sykdom og risiko medvirker til helseangst i befolkningen og hos legene (11). Testingen utføres på gatehjørner, veitrafikkstasjoner, apotek, røntgeninstitutter og i diverse «helsebutikker». Flere trenger bevis for at de er friske, for mye tyder på at vi tester oss for å forsikre oss om at vi ikke har sykdommen eller risiko for sykdom. Vi i et av verdens rikeste land, ønsker å kjøpe oss bort fra all sykdomstrussel, og noen synes å tro at det er mulig. Samfunnet er orientert mot å minimere risiko

Eksempel på villscreening eller oportunistisk screening:

- Div. blodprøver og undersøkelser på pasienter uten sykdom, men med antatt økt risiko for sykdom.
- Hb, ustix, Hemo fec, kolesterol, blodsukker, HbA1C, lipidprofil, PSA, B12, metylmalonsyre, BT, EKG, rtg thorax, klamydiatest av abortsøkende, beinmineraltetthetsmåling, ultralyd av ovarier og bukaorta, Helicobakter pyloritest, og mange flere.

for sykdom og død. Terskelen for hva som er akseptabel risiko, senkes stadig her hvor vi lever så beskyttet mot mange av de helsetrusler som store deler av verden må leve med. Vi bruker masse tid, krefter og ressurser for å kunne tro at vi er helt friske. Til dette trenger vi tester, undersøkelser, leger og mange andre. Om vi kan forsvare testingen ut fra om en sykdom har alvorlige konsekvenser, er ofte vanskelig å besvare før vi har tatt testene - og da har vi allerede vevet oss inn i beregninger om sykdomsrisiko. I tillegg kan andre enn rent faglige argumenter ligge til grunn for undersøkelsene. Legen kan føle seg presset av pasienter og av sin egen forsiktighet og forordne prøver eller undersøkelser «for sikkerhets skyld» (11). Gjennom vår sykdoms- og risikofokus gjør vi «litt usunne mennesker» om til pasienter når vi initierer undersøkelser i forebyggende hensikt, eller «for sikkerhets skyld». Selv om BT og kolesterol går ned, og forebyggende tiltak mot osteoporose kan iverksettes, kan det hende vi har påført dem en større byrde og et dårligere liv nå, ved vår fokusering på livet deres om 20 år. Vi kaller det forebyggende helsearbeid og påfører pasienter mange medikamenter og hyppige legekontroller. Pasienten har et ønske om risikominimering, helst til null. Men fokus på risiko kan øke den og gi sykdom hvis den fører til uønsket adferd, enten det er angst eller protesthandlinger.

Testingen og undersøkelsene alene kan være sykdomsfremkallende

Vi har aldri vært så friske. Likevel leter vi etter sykdom. Frykt for sykdom selger, presseoppslag overdimensjonerer truslene. Mange blir redde og søker helsevesenet eller andre hjelpere selv om de føler seg, og er friske, og mange aktører i samfunnet utnytter og lever av denne angsten. Ikke sjelden opplever vi pasienter som kommer til oss fordi andre er bekymret for deres helse. Ola er 52 år. Han er blitt presset av sin kone til å oppsøke lege for «sjekk». Hun sa til ham: «Kjære Ola, du er flott som du er, men litt rund er du jo blitt, og du har vel aldri målt blodtrykket ditt? Jeg går til lege en gang i året jeg!» Så da han litt uvillig sitter der hos legen og må innrømme sin overvekt, legen måler BT 150/90 og kolesterol på 6,7 og begynner å informere om 10–20 prosent 10-års-risiko for alvorlig hjertesykdom, da begynner han å svette og bryter ut: «Jeg hadde det så bra, jeg er sprek, jeg går lange turer med hunden min hver dag, min kone er glad i magen min og så skal jeg begynne å frykte en snarlig død!»

Har doktoren påført ham sykdom og helseangst eller gitt ham mulighet for et lengre og friskere liv? Hvor friske er de friske, og hvor mye sykdom er vi med på å påføre dem? Når Ola kommer til oss, bør vi kanskje spørre ham hva han ønsker at vi skal gjøre før vi følger en nasjonal handlingsplan for forebygging av hjerte-karsykdommer. Kanskje vi burde informere ham om hvilken risiko han tar ved å gå inn til oss

for å gjennomgå en risikovurdering? Når en annen pasient kommer for blodtrykkskontroll, er det ikke sikkert hun bryr seg om sin kolesterol, mens hennes vonde hofte plager henne daglig. Kanskje kommer hun ikke til orde med problemet rundt hofta fordi tida brukes til risikoberegning av hjertekarsykdom. Samtale og intervensjon rundt primær- og sekundærforebygging er krevende, individuelle samtaler som fordrer at vi mest lytter til signalene om hva pasienten selv ønsker å forebygge, samtidig som vi har et selvstendig ansvar når pasienten har søkt oss som helserådgiver (12).

Det å være med i screeningundersøkelse eller på «helse-sjekk» hos doktoren påvirker egen helse. Men om det gir angst eller trygghet, fører til ansvarsfraskrivelse eller gjør at man endrer uheldig adferd, er individuelt. Jeg frykter at vår søken etter sykdom og risiko og forebygging kan skade mer enn vi skjønner og skaffe oss nye pasienter som ikke burde vært hos oss og fortrenge andre som trenger oss. Jeg har selv ikke noe forsvar mot strømmen av screeningundersøkelser som av og til skader og av og til nytter. Men vi må stadig kreve ny vurdering av tidligere innførte screeningundersøkelser med dårlig dokumentert nytte, og vi må bevare vårt kritiske blikk, informere oss selv først og så pasienten om hva vi begir oss inn på, og be om velbegrunnet dokumentasjon på eventuelle nye screeningundersøkelser.

Litteratur

1. Reinart LM, Hægeland A, Tollefsen MF, Bjørkeng W. HIV-screening av gravide i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 221–4.
2. Zahl P-H. Er nytten av organisert masseundersøkelse for livmorhalskreft og brystkreft i Norge vitenskapelig bevist? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2002–5.
3. Høiseth A. Osteoporose og bruddrisiko. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1701–2.
4. Sauer T, Thoresen SØ. Kvalitetsmanual. Masseundersøkelse mot livmorhalskreft; Kreftregisteret, mai 2005.
5. Schlichting E. Er mammografiscreening nyttig? *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 17, 2004; 124.
6. Zackrisson S, Andersson I, Janzon L et al. Rate of over-diagnosis of breast cancer 15 years after end of Malmö mammographic screening trial: follow-up study. *BMJ* 2006; 332: 689–91.
7. Zahl P-H, Mæhlen J. Overdiagnostisering ved mammografiscreening. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 17, 2004; 124: 2238–39.
8. Bretthauer M, NordICC-gruppen. Politik og vitenskap ved screening for kolorektal kreft. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 13–14, 2006; 126: 1766–7.
9. Bjørge T, Dørum A, Tropé CG. Ovarialcancerscreening. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1444–8.
10. Norderhaug IN, Wisløff T, Fosså S, Sandberg S, Malde K, Forland F, Førde OH. Formidling av kunnskapsbasert informasjon om PSA-test og prostatakreft til leger. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 22, 2004; 124: 2893–5.
11. Lundevall S. Hva må til for å utelukke sykdom hos de som er «friske og bekymret»? *Utposten* 2005 nr 7.
12. Hetlevik I, Haldorsen PA. Signe Skred – Hva har hun å vinne ved forebyggende statinbehandling? *Utposten* 2006 nr 4.