

Om screening

AV ODD WINGE

Endelig (Utposten nr. 6 – 2006) noen som skriver om screening! Det er et emne som var diskutert livlig for 10–15 år siden, men så har det vært stille, til tross for at det i klinisk hverdag er like aktuelt som før. Da begrepet ble lansert på 50- og 60-tallet var det stor optimisme rundt screening. Mange mente at man hadde gode metoder til å finne diverse sykdommer og risikotilstander, det gjaldt bare å få tatt i bruk prøver og undersøkelser tidlig nok, og systematisere undersøkelsesoppleggene overfor befolkningen – så kunne man finne og behandle en rekke sykdommer på et tidlig stadium. De mest ivrige talte for å lage screeningklinikker, hvor hele befolkningen ble tatt inn for å få gjort et sett av undersøkelser, f. eks. en gang i året.

Motforestillingene kom naturligvis, og de er mange, f. eks.

- Noen prøver er for sensitive – de gir et stort antall falsk positive – slik at mange friske personer må etterundersøkes, det er dyrt, og skaper mye engstelse.
- Noen prøver er dyre og omstendelige og forbundet med risiko og ubehag, f. eks. endoskopier.
- Enkelte tilstander lar seg fange opp i en screening, men de er så sjeldne at det ikke er umaken verdt – verken økonomisk eller praktisk – å sette i gang masseundersøkelser.
- Noen prøver er for uspesifikke, en positiv prøve kan bety en normalvariant, eller tyde på en helt annen sykdom enn den man leter etter. I begge tilfeller trengs det betydelig etterarbeid.
- Noen prøver er for lite sensitive, dvs. man får mange falsk negative. Slike prøver kan skape falsk trygghet hos de undersøkte.

Det var behov for en gjennomgang av det som var foreslått av screeningprøver, og Legeforeningen satte ned et utvalg i 1990 for å komme frem med et forslag til hva som er fornuftig screeningpolitikk. Undertegnede var med i dette arbeidet, som munnet ut i «Helsekontrollboka» som kom ut høsten 1993. Boka kommer med et forslag til et livslangt helsekontrollprogram, men i forordet understrekes det at helsekontroller bør skreddersys i forhold til den befolkningen man skal betjene. «Utfordringen ligger i å gjøre alle helsekontroll-konsultasjoner bedre, ikke å utsette alle for helsekontroll.»



Odd Winge

F. 1943, cand. med 1970.

Fastlege/bedriftslege/smittevernlege (i denne rekkefølge) i Stord. Spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Mangeårig medlem i NSAMs referansegruppe i helseopplysning.

Boka tar for seg et stort antall mulige kontrollprøver, men ender opp med å anbefale et temmelig lite antall, som til gjengjeld er dokumentert å ha nytteverdi når de inkluderes i et kontrollprogram.

Hva har skjedd siden 1993?

Mitt inntrykk er at bokas retningslinjer ikke har vært fulgt i særlig stor grad. Man skulle tro at det anbefalte kontrollprogrammet skulle egne seg bra for bedriftshelsetjenester som tilbyr helsekontroller, men jeg kjenner til bare noen få som har tatt programmet i bruk. Derimot er det mange bedriftshelsetjenester og personallegeordninger som tilbyr helt andre, til dels mer omfattende screeningsundersøkelser. Det foregår også mye «villscreening» rundt om i landet – ofte fordi pasienter etterspør screeningundersøkelser. Som i 1993 er nokså mye av denne screeningvirknsomheten av liten nytteverdi, og i alle fall koster den penger for pasienter og samfunn. Det kunne derfor være greit å få en ny faglig debatt om hva som er god praksis i 2007.

Situasjonen er ikke den samme som i 1993. Medisinen gjør fremskritt. Vi har flere diagnostiske blodprøver. Bildeteknikken er blitt bedre. Vi vet mer om ulike sykdommers epidemiologi, dessuten endrer sykdomsspekteret seg. Nye sykdommer kommer til, andre er ikke så aktuelle lenger.

Den største endringen siden 1993 er kanskje fastlegeordningen. At hver lege har sin faste pasientpopulasjon legger forholdene godt til rett for å drive screening. Rene helsekontroller er kanskje mindre aktuelt enn før, derimot legger fastlegeordningen godt til rette for at fastlegen kan gjøre screeningundersøkelse samtidig med andre undersøkelser (med pasientens opplyste samtykke naturligvis).

