

sesarbejdet, da den ikke på samme måde indeholder direkte konfrontation med patienter, der lider af en given sygdom. Man bør dog være opmærksom på, at sundhedsøkonomisk analyse af forebyggelsestiltag næsten altid vil være baseret på modelberegninger med relativt lang tidshorizont. Disse modeller er ofte så komplekse, at selv erfarne analytikere kan have meget vanskeligt ved at gennemskue beregningerne. Derfor skal sundhedsøkonomiske beregninger udføres med samme omhu, åbenhed og uvildighed som de kliniske studier, da mulighederne for at fordreje analysens resultater er relativt stor. Endvidere er det vigtigt at være opmærksom på, at resultaterne af de økonomiske analyser meget direkte hviler på det kliniske grundlag. Hvis dette er usikkert, vil resultaterne af de sundhedsøkonomiske analyser blive mindst lige så usikkert, da forskellen i de fremtidige omkostninger også er baseret direkte på den modellerede kliniske effekt af screeningsprogrammet.

KORRESPONDANCE: Jakob Kjellberg, KORA, Købmagergade 22, 1050 København K. E-mail: jakj@kora.dk

ANTAGET: 10. april 2014

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Pedersen KM. Sundhedsøkonomi. København: Munksgaard, 2013.
2. Monitorering & medicinsk teknologivurdering. Screening for tarmkræft: deltagelsesprocentens betydning. København: Sundhedsstyrelsen, 2008.
3. Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Væskebaseret teknik og udstrygningsteknik anvendt til screening for livmoderhalskræft i Danmark. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
4. Sjøgaard J, Gyrd-Hansen D. Sundhedsøkonomisk analyse. 1: Gravensens HP. Tidlig opsporing og behandling af brystkræft. Statusrapport. København: Sundhedsstyrelsen, 1997.
5. Brodersen J, Sørensen PL, Lindenskov et al. En etisk diskussion af screening for kræftsygdomme. Nord J Appl Ethics 2009;3:59-83.
6. Riboe DG, Dogan TS, Brodersen J. Potential biases in colorectal cancer screening using faecal occult blood test. J Eval Clin Pract 2013;19:311-6.
7. Gøtzsche P, Jørgensen KJ. The benefits and harms of breast cancer screening. Lancet 2013;381:799.
8. Aggestrup LM, Hestbech MS, Siersma V et al. Psychosocial consequences of allocation to lung cancer screening: a randomised controlled trial. BMJ Open 2012;2:e000663

Screening kan give både tryghed og ængstelse – eksempelvis ved screening for Downs syndrom

Stina Lou^{1,2}, Katja Dahl³ & Niels Ulbjerg³

STATUSARTIKEL

1) CFK, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland
2) Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
3) Gynækologisk-obstetrisk Afdeling Y, Aarhus Universitets-hospital

Ugeskr Læger
2014;176:V02140109

Det er nu ti år siden, at Sundhedsstyrelsen udsendte nye retningslinjer for fosterdiagnostikken [1]. Dermed sikredes et landsdækkende og ensartet prænatal tilbud til alle gravide kvinder, herunder et tilbud om førstetrimestersrisikovurdering for Downs syndrom. Tilbuddet blev modtaget godt, og i dag deltager næsten 93% af de danske gravide [2]. En nyligt publiceret undersøgelse viste endvidere, at 97% havde en positiv holdning til risikovurderingen [3].

Som med andre screeningstilbud er også tilbuddet om screening for Downs syndrom genstand for tilbagevendende debat. Der sættes i medier, i professionelle fora og fra interesseorganisationers side løbende spørgsmålstejn ved screenings individuelle og samfundsmæssige konsekvenser [4, 5]. Et centralt tema er, om tilbud om screening skaber tryghed og ro, eller om det i højere grad skaber bekymring og ængstelse ved at sætte fokus på risikoen for, at der kan være noget galt?

Et andet tema er de mulige konsekvenser af et såkaldt falsk-positivt screeningsresultat. Blandt de gravide, som bliver screenet positivt (høj risiko), er det

kun hos få (ca. 5%), at der efterfølgende konstateres kromosomfejl hos fosteret [2, 6]. Det vil sige, at langt de fleste screeningspositive gravide kan nøjes med forskrækkelsen – et falsk positivt screeningsresultat. Selvom det endelige udfald altså er normalt, diskuteres det løbende, om en sådan unødigt forskrækkelse giver en vedvarende øget bekymring?

Formålet med denne statusartikel er – med screening for Downs syndrom som eksempel – at sætte fokus på de individuelle konsekvenser af screening. Vi adresserer i denne artikel screeningstilbuddet, som det ser ud for størstedelen af den gravide befolkning – nemlig dem, der får et negativt eller et falsk-positivt screeningsresultat – og spørger: Hvad betyder tilbuddet om screening for Downs syndrom for gravides oplevelse af tryghed og ængstelse?

TILBUD OM SCREENING FOR DOWNS SYNDROM

Ved første svangrekonsultation hos egen læge informeres den gravide kvinde om muligheden for at få foretaget en risikovurdering (screening) for Downs syndrom hos fosteret. På baggrund af den gravides al-

der, en blodprøve (dobbeltest: *pregnancy-associated plasma protein A* og beta-humant choriongonadotropin) og en ultralydundersøgelse af fosterets nakkefold (nakkefoldsskanningen) beregnes en statistisk risiko for visse kromosomfejl hos fosteret, herunder Downs syndrom. Er risikoen større end 1:300, tilbydes der en invasiv, diagnostisk undersøgelse (moderkageprøve). Den invasive diagnostik indebærer en risiko for procedurerelateret abort (½-1%), hvilket den gravide informeres om. Der går ca. en uge fra et højrisikoscreeningsresultat, til resultatet af moderkageprøven foreligger – ofte mindre. Hvis der påvises kromosomfejl, har den gravide mulighed for at ansøge om provokeret abort (efter uge 12).

GRAVIDITET UDLØSER MANGE FØLELSER

En graviditet er en tid, der er præget af følelsesmæssige, fysiske og sociale forandringer [7]. I den tidlige graviditet kan der være både bekymringer om risikoen for spontan abort og en række individuelle og eksistentielle overvejelser i forbindelse med at bringe nyt liv til verden: Hvordan vil det gå? Hvordan vil det påvirke mig og mit liv? Er det det rigtige tidspunkt?

Karakteren af disse bekymringer og overvejelser varierer fra kvinde til kvinde og er under indflydelse af tidligere erfaringer – studier viser, at bl.a. alder, uddannelsesniveau og paritet kan have indflydelse på gravidens angstniveau [8]. Fra den kliniske hverdag ved vi jo også, at der ganske enkelt er forskel på menneskers personlighedstræk [9], hvor nogle er optimistiske og fulde af tillid til fremtiden, er andre mere disponerede for bekymring og ængstelighed. Ydermere er det vigtigt at huske, at de fleste gravide oplever både glad forventning og øget bekymring i løbet af deres graviditet – de sindstilstande går hånd i hånd [7].

Forskningsmæssigt har der været stor fokus på graden og betydningen af ængstelse under graviditeten. Flere studier viser, hvordan gravidens angstniveau følger en U-formet kurve, hvor ængstelsen er størst tidligt og sent i graviditeten [10]. Der kan imidlertid være en tendens – i den videnskabelige litteratur såvel som i medierne – til implicit og a priori at antage, at en øget ængstelse er unormal og uhensigtsmæssig i en graviditet. I flere studier peger man dog på, at en let øget affekt er hensigtsmæssig, når mennesker skal træffe betydningsfulde valg [11, 12]. I dette perspektiv er en grad af usikkerhed eller nervøsitet ikke nødvendigvis noget, vi som klinikere må gøre alt for at afhjælpe eller eliminere, men snarere et godt tegn på, at den gravide er i en livsforandrende situation, hvor der er meget på spil, og hvor hun er optaget af at træffe gode beslutninger for sig selv og sit ufødte barn. En af disse beslutninger vedrører deltagelse i screening for Downs syndrom.



At se det lille foster er en kilde til både glæde og bekymring hos vordende forældre.

GIVER INFORMATION OM SCREENING EN ØGET BEKYMRING?

En central del af screeningstilbuddet er, at den gravide skal informeres neutralt og fyldestgørende for på et informeret grundlag at kunne træffe beslutning om, hvorvidt det er en undersøgelse, hun ønsker. Tidligere har man forskningsmæssigt været optaget af, om information om fosterundersøgelser påvirkede den gravide og gjorde hende bekymret, men generelt har man ikke i studierne fundet nogen sammenhæng mellem viden og nervøsitet [11, 13]. Tværtimod viser studier, at velinformerede gravide er mindre i tvivl om deltagelse i screeningsprogrammer [14].

Flere danske undersøgelser viser, at langt størstedelen af de gravide deltager på et informeret grundlag [3, 14].

HVORFOR VÆLGER GRAVIDE SCREENING?

Gravide kvinder deltager i screening for Downs syndrom af mange grunde. I flere studier peger man på, at gravide kvinder oplever tilbuddet om screening som en integreret del af den prænatale omsorg. De håber og forventer, at nakkefoldsskanningen vil give dem en generel forsikring om, at fosteret ser normalt ud, og at graviditeten udvikler sig, som den skal [15, 16]. En anden vigtig motivation er, at den gravide simpelthen glæder sig til at se barnet og til at dele oplevelsen med faderen [17, 18]. Når gravide vælger screening for Downs syndrom, er bekymring for sygdom kun en del af et mere komplekst billede, hvor også glæde ved graviditeten, forestillingen om et fremtidigt familieliv og forventning om trykthed spiller ind.

GIVER NORMAL RISIKOVURDERING ØGET TRYKHED?

De gravide, som vi møder i ultralydafdelingen på vej til nakkefoldsskanning, udstråler alt fra spændt og ubekymret forventning til koncentreret og fåmælt nervøsitet. Men når de en lille halv time senere kommer ud fra ultralydundersøgelsen, er de oftest smilende og synligt lettede.



FAKTABOKS

Bekymring er en af de følelser, gravide går igennem, og det er ikke nødvendigvis dårligt.

At takke ja til screening handler om mere end angst for sygdom – det handler også om glæde og fremtiden som familie.

Screeningsundersøgelser med normalt resultat giver øget tryghed.

Angstniveauet hos gravide, der er screenet falsk positive, vender tilbage til samme niveau som hos gravide med et negativt screeningsresultat.

Der findes efterhånden talrige undersøgelser, der samstemmende dokumenterer den tidlige ultralyds-kannings betydning for den gravide kvinde og hendes partner. Når undersøgelsesresultatet er normalt, bidrager skanningen til at gøre graviditeten mere virkelig [19], til en øget følelse af tilknytning til foster og partner [19-21] og til at skabe vished for, at det ventede barn ser ud til at udvikle sig normalt [22, 23].

Et normalt screenings- og skanningsresultat i første trimester er jo ikke en garanti for et sundt barn, og det ved de fleste gravide godt [14]. Men det opleves som en milepæl i graviditeten, der giver tryghed i en situation fuld af forandring og uforudsigelighed.

HVILKE FØLELSER UDLØSER EN FORHØJET RISIKO?

Inden nakkefoldsskanningen er de gravide af egen læge og skanningspersonalet blevet informeret om og forberedt på risikoen for et screeningspositivt resultat. Dette forhindrer dog ikke, at langt de fleste gravide (og deres partnere) bliver både rystede, kede af det og bekymrede, når screeningen viser forhøjet risiko. Flere studier viser da også en signifikant stigning i de gravides angstniveau efter et screeningspositivt resultat [24, 25]. Andre studier viser, at gravide i denne situation kan have vanskeligt ved at forholde sig til selve det statistiske risikoestimat [26, 27], og at den oplevede risiko bl.a. afhænger af sundhedspersonalets kommunikation og af den gravides personlige resurser og erfaringer [28]. Bekymringen for, at der kan være noget i vejen med barnet, kompliceres yderligere af den lille risiko for abort, som er forbundet med moderkageprøven, hvilket for nogle gravide opleves som et vanskeligt dilemma.

KAN DIAGNOSTISK UNDERSØGELSE SKABE TRYGHED?

På trods af abortrisikoen vælger langt hovedparten af de screeningspositive gravide at få foretaget en moderkageprøve. En væsentlig årsag er, at risikoen entydigt kan afklares og erstattes med sikkerhed for, om fosteret har Downs syndrom eller ej. Det er klart, at ventetiden på det diagnostiske resultat er en tid, hvor både bekymring for fosterets sundhed og bekymring for abort kan fylde meget, og hvor nogle måske sætter graviditeten på standby [29].

Til gengæld tyder litteraturen på, at falsk positive gravide tager det gode svar om normale kromosomer til efterretning. I studier af sammenhængen mellem screening og angst har man fundet, at screeningspositive gravide efter et normalt diagnostisk resultat falder tilbage til det samme angstniveau som screeningsnegative kvinder [25, 30].

DISKUSSION

I litteraturen peges der på, at bekymring er en integreret del af de mange følelser, som gravide kvinder håndterer under en graviditet. En let øget bekymring, nervøsitet eller opmærksomhed er ikke nødvendigvis uhensigtsmæssig eller uønsket, men derimod et resultat af den særlige omstændighed, som en graviditet er. Når gravide takker ja til at blive screenet for Downs syndrom, handler det ikke blot om bekymring for sygdom, det handler også om forventningens glæde og om at få bekræftet fremtiden som forældre. Når screeningsresultatet er normalt, bidrager det til en øget tryghed og større tilknytning til fosteret. Et screeningspositivt resultat skaber øget bekymring, men resultaterne af studier indikerer, at angstniveauet hos gravide, der er skannet falsk positive, falder til samme niveau som angstniveauet hos gravide med et negativt screeningsresultat.

Som med andre screeningstilbud munder det endelige resultat af screening for Downs syndrom således ud i en afklaring for langt hovedparten af deltagerne. For alle screeningsundersøgelser gælder det imidlertid, at der vil være en lille gruppe, for hvem tilbuddet resulterer i uklare fund. I forhold til prænatal screening er f.eks. fund af en særlig tyk nakkefold problematisk. Selv hvis en opfølgende moderkageprøve viser normal kromosombesætning, er den tykke nakkefold fortsat associeret til øget risiko for f.eks. føtale hjertemisdannelser. Vi tilbyder derfor at følge den gravide i trinvis afklaring helt frem til uge 20. Og selv da er vi nogle gange i tvivl om prognosen. Det er en meget lille gruppe, men den udgør en særlig vanskelig og kompleks problemstilling – både for lægen og for den gravide, som ofte vil opleve en stor og velbegrundet angst. Med udviklingen af nye teknologier – som f.eks. måling af frit føtalt DNA – bliver vi potentielt endnu mere præcise og detaljerede i den primære opsporing af mulig sygdom. Det forventes at komme flertallet til gavn, men problematikkerne om uklare fund vil formentlig fortsat være en iboende del af screeningen.

Med denne artikel har vi påvist, at tryghed og ængstelse følges ad i en graviditet, og at deltagelse i screening kan bidrage til begge dele. Langt de fleste af de ovenfor diskuteret faktorer har ækvivalenter i andre screeningsprogrammer, hvorfor erfaringerne

fra denne meget store og ret homogene population formentligt kan bidrage til evaluering af andre screeningsprogrammer, ligesom det prænatale screeningsprogram kan høste af erfaringerne fra andre screeningsprogrammer.

KORRESPONDANCE: Stina Lou, CFK, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, MTV & Sundhedstjenesteforskning, Region Midtjylland, Olof Palmes Alle 15, 8200 Aarhus N. E-mail: stina.lou@stab.rm.dk

ANTAGET: 16. april 2014

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Sundhedsstyrelsen. Retningslinjer for forsterdiagnostik – prænatal information, risikounderretning, rådgivning og diagnostik. København: Sundhedsstyrelsen, 2004.
2. National database for føtalmedicin – FØTO Databasen. National årsrapport 2012. København: Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, 2012.
3. Bangsgaard L, Tabor A. Do pregnant women and their partners make an informed choice about first trimester risk assessment for Down syndrome, and are they satisfied with the choice? *Prenat Diagn* 2013;33:146-52.
4. Schnabel LE. Det laveste antal børn født med Downs syndrome nogensinde. *Kristeligt Dagblad* 31. okt. 2013, s. 1-2.
5. Det Ethiske Råd. Fremtidens fosterdiagnostik. København: Det etiske Råd, 2009.
6. Ekelund CK, Jørgensen FS, Petersen OB et al. Impact of a new national screening policy for Down's syndrome in Denmark: population based cohort study. *BMJ* 2008;377:a2547.
7. DiPietro JA, Ghera MM, Costigan K et al. Measuring the ups and downs of pregnancy stress. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2004;25:189-201.
8. Teixeira C, Figueiredo B, Conde A et al. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *J Affective Disorders* 2009;119:142-8.
9. McCrae RR, Costa PT. Personality trait structure as a human universal. *Am Psych* 1997;52:509-16.
10. Statham H, Green J, Katesios K. Who worries that something might be wrong with the baby. *Birth* 1997;24:223-33.
11. Green JM, Hewison J, Bekker HL et al. Psychosocial aspects of genetic screening of pregnant women and newborns: a systematic review. *Health Technol Assess* 2004;8:33.
12. Bekker HL, Legare F, Stacey D et al. Is anxiety a suitable measure of decision aid effectiveness: a systematic review? *Patient Educ Couns* 2003;50:255-62.
13. Dahl K, Kesmodel U, Hvidman L et al. Informed consent: providing information about prenatal examinations. *Acta Obstet Gynecol* 2006;85:1420-5.
14. Dahl K, Hvidman L, Jørgensen FS et al. Knowledge of prenatal screening and psychological management of test decisions. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011;38:152-7.
15. Lou S, Dahl K, Risør MB et al. En kvalitativ undersøgelse af gravides valg af nakefoldsskanning. *Ugeskr Læger* 2007;169:914-8.
16. Gottfredsdóttir H, Sandall J, Björnsdóttir K. "This is just what you do when you are pregnant": a qualitative study of prospective parents in Iceland who accept nuchal translucency screening. *Midwifery* 2009;25:711-20.
17. Harris G, Connor L, Bisits A et al. »Seeing the baby«: pleasures and dilemmas of ultrasound technologies for primiparous Australian women. *Med Anthropol* 2004;18:23-47.
18. Draper J. "It was a real good show": the ultrasound scan, fathers and the power of visual knowledge. *Soc Health Illness* 2002;24:771-95.
19. Aune I, Møller A. "I want a choice, but I don't want to decide" – a qualitative study of pregnant women's experiences regarding early ultrasound risk assessment for chromosomal anomalies. *Midwifery* 2012;28:14-23.
20. Öhman SG, Waldenström U. Effect of first trimester ultrasound screening for Down syndrome on maternal-fetal attachment – a randomized controlled trial. *Sex Reproduct Healthcare* 2010;1:85-90.
21. Kleinvelde JH, Timmermans DR, van den Berg M et al. Does offering and performing prenatal screening influence women's attachment to their unborn child? *Prenat Diagn* 2007;27:757-64.
22. Ekelin M, Crang Svalenius E, Larsson AK et al. Parental expectations, experiences and reactions, sense of coherence and grade of anxiety related to routine ultrasound examination with normal findings during pregnancy. *Prenat Diagn* 2009;29:952-9.
23. Da Silva EC, Silva SV, Damiao R et al. Stress and anxiety in pregnant women exposed to ultrasound. *J Maternal-Fetal Neonat Med* 2012;25:295-8.
24. Öhman SG, Saltvedt S, Grunewald C et al. Does fetal screening affect women's worries about the health of their baby? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:634-40.
25. Kleinvelde J, Timmermans D, de Smit D et al. Does prenatal screening influence anxiety levels of pregnant women? *Prenat Diagn* 2006;26:354-61.
26. Reid B, Sinclair M, Barr O et al. A meta-synthesis of pregnant women's decision-making processes with regard to antenatal screening for Down syndrome. *Soc Sci Med* 2009;69:1561-73.
27. Öhman SG, Saltvedt S, Grunewald C et al. Perception of risk in relation to ultrasound screening for Down's syndrome during pregnancy. *Midwifery* 2009;25:264-76.
28. Nagle C, Hodges R, Wolfe R et al. Reporting Down syndrome screening results: women's understanding of risk. *Prenat Diagn* 2009;29:234-9.
29. Baillie C, Smith J, Hewison J et al. Ultrasound screening for chromosomal abnormality: women's reactions to false positive results. *B J Health Psych* 2000;5:377-94.
30. Muller MA, Bleker OP, Bonsel GJ et al. Nuchal translucency screening and anxiety levels in pregnancy and puerperium. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006;27:357-61.

Helbredstjek for hjerte-kar-sygdom i dansk almen praksis

Torsten Lauritzen¹, Knut Borch-Johnsen² & Anneli Sandbæk¹

Danmark står over for en stor udfordring med stigende levealder, øget hyppighed af livsstilssygdomme og en stram økonomistyring. Helbredstjek med fokus på sund kost, fysisk aktivitet og rygeophor samt forebyggende medicin kan være et svar på denne udfordring. Helbredstjek er individrettet opsporing og behandling af risikofaktorer og ikkeerkendt sygdom. Optimal forebyggelse nås formentlig bedst ved at kombinere individrettet forebyggelse med strukturel forebyggelse, som f.eks. øget skat på tobak og spiritus samt organisering af det offentlige rum på en måde, så fysisk aktivitet fremmes.

I et Cochranereview [1] fra 2012 har man fokuseret på balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger af helbredstjek. Det konkluderedes, at helbredstjek ikke reducerede sygelighed eller dødelighed på trods af et øget antal nye diagnoser, og at skadelige virkninger sjældent var undersøgt.

Cochranereviewet har været livligt diskuteret [2-7]. I en leder i JAMA [2] pointerede man bl.a., at syv af ni undersøgelser var fra før 1975 og derfor testede utidssvarende screeningstest og behandlinger, og at undersøgelserne overvejende var gennemført i specielle kliniske enheder uden sammenhæng med al-

STATUSARTIKEL

1) Institut for Folkesundhed, Sektion for Almen Medicin, Aarhus Universitet
2) Sygehusledelsen, Holbæk Sygehus

Ugeskr Læger
2014;176:V03140190