

Vi kunne alle være patienter

LEDER

Torben Jørgensen

Ugeskr Læger
2014;176:V66355

»Sunde mennesker er mennesker, som ikke ved, at de er syge«. Dette er filosofien i *Jules Romains* bog fra begyndelsen af 1920'erne – »Dr. Knock eller medicinens triumf«. Dr. Knock forfører en hel befolkning i en lille søvngig landsby til at tro, at de er syge. Han bilder dem ind, hvor grusomt det vil gå dem, hvis de ikke følger hans råd til punkt og prikke, og efterhånden indordner hele landsbyen sig. Han gør dem lykkelige ved at give deres liv mening, give dem noget at leve for – deres sygdom [1].

Det er en temmelig ondsindet beskrivelse af lægeverdenen, men det er et vigtigt billede at holde op, når talen falder på screening. Alle, der har deltaget i en epidemiologisk undersøgelse af en tilfældigt udvalgt gruppe raske personer, har været konfronteret med det etiske dilemma, der ligger i at afgrænse, hvilke fund der kræver henvisning til behandlerssystemet, og hvilke der blot bør betragtes som betydningsløse. Hvor skal man sætte grænsen? Skal en tilfældigt opdaget galdesten rapporteres? Skal der reageres på et kolesteroltal på 6,7 mmol/l hos en yngre aldrig-ryger? Hvornår er man syg, og hvornår er man rask?

Screening for tidlig sygdom kan dateres tilbage til 1950'erne, hvor tanken var at opdage sygdomme så tidligt som muligt for at sikre, at en større andel blev helbredt, men i Sundhedsstyrelsens beskrivelse fra 1990'erne er begrebet udvidet til også at handle om forstadier til sygdom og risikofaktorer for sygdom [2]. Denne udvikling har gjort, at spektret, der kan screenes for, er blevet udvidet betragteligt. Screening for forstadier til sygdom benyttes allerede (ved carcinoma in situ i brystet og i cervix), og hvis vi går skridtet videre til at screene for risikofaktorer, kan listen blive uendelig – kolesterolniveau, blodtryk, aortaektasi, fysisk inaktivitet, alkoholforbrug etc. – ja selv alder er jo en risikomarkør for mange sygdomme. Og *dr. Knock* er pludselig på banen igen?

Det var formentlig i et forsøg på at bremse en stigende efterspørgsel efter screening, der fik WHO til at opsætte »de ti bud«, som skal være opfyldt, før en screening kan anbefales, og disse screeningskriterier er herhjemme blevet suppleret af Sundhedsstyrelsen. Kravene til screening kan diskuteres, men der er flere centrale krav, som det er værd at holde fast i, specielt når vi taler om screening for risiko for sygdom og dermed potentiel sygeliggørelse af helt raske mennesker. Effekten skal være dokumenteret i et randomiseret design på befolkningsniveau – og ikke blot i den selekterede gruppe, som deltog i screeningen [3]. Sygdommens naturhistorie skal være kendt. F.eks.: Hvad

er væksthastigheden for en cancer, og kan den forsvinde af sig selv? Der findes sjældent valide observationelle studier af alvorlige sygdommes spontane udvikling. Dette betyder, at der altid vil finde en overbehandling sted. Dette skal vejes op mod en eventuel gevinst i overlevelse. Desuden er der etiske aspekter – hvordan påvirker det livskvaliteten at blive stemplet som syg? [4].

Debatter mellem tilhængere og modstandere af screening kan være følelsesladede. Det kan have forskellige årsager, men i den samlede vurdering skal man medregne den betydning, et screeningsprogram har for f.eks. medicinalindustrien, som tjener penge på området og derfor ikke er interesseret i at miste markedsandele. Ved screening for f.eks. let forhøjet blodtryk er det blevet problematiseret, om der er en sundhedsgevinst [5]. En anden faktor er, at fortalerne ofte arbejder på afdelinger, hvor de ser sygdommens værste konsekvenser og derfor glemmer, at mange personer i højrisiko aldrig får sygdommen.

Screening er et tveægget sværd, som både kan være til gavn og have store omkostninger. Den gavnlige effekt kan være bedre overlevelse og flere år uden sygdom, som det ses ved fenylketonuritesten (hælprøven) hos nyfødte, mens omkostningerne kan være overbehandling, ængstelse og øgede udgifter. Screening skal fremme folkesundheden og ikke skade den. Iværksættelse af screening skal med andre ord nøje gennemtænkes – ellers vender *dr. Knock* tilbage.

LITTERATUR

1. Romains J. *Knock eller medicinens triumf*. København: Schønberg, 1941.
2. Sundhedsstyrelsen. Screening – hvorfor – hvornår – hvordan. Forebyggelse og hygiejne nr. 13, 1990.
3. Jørgensen T, Jacobsen RK, Toft U et al. Screening and lifestyle counseling in a general population does not reduce ischaemic heart disease: a randomised trial – Inter99. *BMJ* 2014 (i trykken).
4. Brodersen J, Sørensen PL, Lindenskov F et al. En etisk diskussion af screening for kræftsygdomme. *Etikk i Praksis* 2009;3:59-83.
5. Diao D, Wright JM, Cundiff DK et al. Pharmacotherapy for mild hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;8:CD006742.

KORRESPONDANCE:

Torben Jørgensen,
Forskningscenter for
Forebyggelse og Sundhed,
Glostrup Hospital,
Nordre Ringvej 57,
2600 Glostrup. E-mail:
torben.joergensen@
regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk