

Screeningens væsen og status

Screening er ikke et nyt fænomen. F.eks. var screening for tuberkulose en fast procedure i min barndom i 1950'erne. Også før den tid har man ønsket at kunne finde mennesker, der var syge, uden at de havde kliniske symptomer. Ønsket om at helbrede eller forebygge sygdomme har været stort gennem hele historien. Det nye er, at den moderne teknologi gør det muligt at screene for en lang række sygdomme. Brystkræft, livmoderhalskræft, prostatakræft og nu tarmkræft er blot en del. Undersøgelserne er hver for sig begrundet i ønsket om at opdage sygdommen i god tid, så helbredelse er mulig. Men screening rejser en række etiske problemer, der er beskrevet i dette nummer af Ugeskrift for Læger. Det er ikke gratis at screene.

Forudsætningen for en succesfuld screening er, at det er muligt at opdage sygdommen i tide, og at det er muligt at behandle sygdommen. Her opstår det første problem. Er det en sygdom, der vil udvikle sig eller er fundet betydningsløst for de fleste patienter. Her har specielt *Peter Gøtzsche* [1] argumenteret for, at 30% af kvinderne vil blive overbehandlet, og at man redder et liv over ti år for hver 2.000 kvinder, der bliver screenet for brystkræft. Andre har derimod argumenteret for, at effekten er mere gunstig [2]. Kendetegnet for debatten om screeninger er, at tilhængerne af en screeningsprocedure bliver beskyldt for at overdrive effekten, mens modstanderne bliver beskyldt for at undervurdere effekten. Vanskeligheden ved at skabe evidens for screeningsprogrammer er beskrevet af *Olsen* i dette nummer af Ugeskrift for Læger [3].

Skaber screening frygt mere end tryghed? På et amerikansk hospital beskrev risikogruppen for tyktarmskræft på følgende måde: »*You feel great. You have a healthy appetite. You are only 50*« i en avisannonce. Det må siges at være et udsagn, der er egnet til at skabe frygt. Alle over 50 år er i risiko. *Lou et al* [4] belyser netop, om screening for Downs syndrom giver øget usikkerhed hos den gravide kvinde. Forfatterne finder, at graviditet medfører større usikkerhed. Går graviditeten godt? Screening syntes ikke at øge denne usikkerhed. Om erfaringerne fra dette screeningsprogram kan overføres til andre programmer som foreslået, tvivler jeg på. Gravide kvinder er i en speciel situation.

Hvad bliver fremtiden for screening? Der er ingen tvivl om, at vores sundhedsbegreb er ved at ændre sig. Man har en fornemmelse af, at man aldrig er rask, men altid potentielt syg. Vi lever i et risikosamfund som beskrevet af *Hørby* [5]. Der er mange interesser i et sådant syn på sundhed. I dag taler man oftest om screening som en organiseret statslig proces, som f.eks. screening for livmoderhalskræft. I fremtiden vil »screening« blive langt mere individuelt. Der vil komme mange udbydere af diverse test og apps. Man kan få bestemt sit genom, eller man kan få målt diverse værdier mange gange om dagen samt få dem overvåget via sin computer. Alt sammen i den bedste mening eller i hvert fald til gavn for producenterne. Vil dette blive til gavn for borgerne, eller vil det blot generere masser af udgifter til sundhedsvæsenet, samtidig med at alle går rundt i kronisk angst for at være syg? Det gamle ordsprog »en rask person er bare en syg, der ikke er undersøgt grundig nok« kan hurtigt vise sig at blive sørgeligt aktuelt. Vi ved, at mange folkeundersøgelser af f.eks. kolesterol i blodet genererer undersøgelser i sundhedsvæsenet af i øvrigt raske personer. Når man undersøger raske, er der stor sandsynlighed for, at man får et unormalt resultat, hvis undersøgelsesantallet er tilstrækkeligt stort. Vi står derfor i et stort etisk dilemma: Skal vi lade virksomheder »skræmme« befolkningen, eller kan man ved oplysning eller lovgivning forhindre de værste udskjelser. Desværre ser det ikke ud som om, at oplysning i sig selv er nok. Screening arrangeret af sundhedsvæsenet bliver således ikke den største udfordring i fremtiden. Den største udfordring kommer fra de frie markedskræfter.

LITTERATUR

1. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;6:CD001877.
2. Mamot MG, Altman DG, Cameron DA et al. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Br J Cancer* 2013;108:2205-40.
3. Olsen J. Epidemiologiske metoder til vurdering af screeningsprogrammer. *Ugeskr Læger* 2014;176:V01140012.
4. Lou S, Dahl K, Uldbjerg N. Screening kan give både tryghed og ængstelse – eksempelvis ved Downs syndrom. *Ugeskr Læger* 2014;176:V02140109.
5. Hørby HR. Behandling af screeningsbestemt risiko. *Ugeskr Læger* 2014;176:03140162.

LEDER

Torben Mogensen

Ugeskr Læger
2014;176:V66356

KORRESPONDANCE:

Torben Mogensen,
Hospitalsdirektionen,
Hvidovre Hospital,
Kettegård Alle 30,
2650 Hvidovre. E-mail:
torben.steen.mogensen@
regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

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