

DEBAT / 19. FEB 2015



## Systematisk helbredsscreening har ikke gavnligeffekt

### REPLIK

Del 

En advarsel mod, at samfundet bruger store ressourcer på helbredsscreening

#### Dato

19. Feb 2015

#### Forfattere

Professor Torben Jørgensen og Forskningsoverlæge Charlotta Pisinger, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Center for Sundhed, Region Hovedstaden, Glostrup Hospital E-mail: torben.joergensen@regionh.dk Interessekonflikter: ingen

0

Gorm Jensen (GJ) og Eva Prescott (EP) mener at systematiske helbredsscreeninger har effekt, men de kommer ikke med nogen dokumentation (Ugeskr Læger 2014;177:194).

Torben Jørgensen

Muligvis forveksler de lægers daglige håndtering af patienter med en systematisk helbredsscreening på befolkningsniveau, hvilket er to vidt forskellige ting: Borgeren kan henvende sig til lægen, fordi han synes, han har et problem, eller lægen kan henvende sig til en bestemt gruppe borgere, fordi



Charlotta Pisinger

lægen synes, der er et problem. Det er veldokumenteret, at sidstnævnte strategi ikke virker (1-3), og vi skal vel fortsat følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger, før vi iværksætter systematisk screening?

### **Strukturelle tiltag**

Faldet i dødeligheden af hjertekarsygdom skyldes en kombination af bedre behandling og en reduktion i risikofaktorer, som igen skyldes en kombination af strukturelle ændringer (lovgivning), oplysning og holdningskift i populationen. Det skyldes ikke en systematisk helbredsscreening, da dette aldrig har været gennemført i Danmark. Vi ved ikke, om brug af risikoscore-modeller som HeartScore har bidraget til faldet, da effekten aldrig er blevet undersøgt i kontrollerede designs.

Med henvisning til forbuddet mod transfedtsyre i 2004 og rygeloven i 2007, skriver GJ og EP, at strukturelle tiltag ikke kan forklare faldet i hjertekarsygdom, da forbud ikke har tilbagevirkende kraft. Nu er det jo ikke sådan, at de to love har været de eneste strukturelle tiltag. Transfedtsyren var stort set faset ud inden lovgivningen trådte i kraft, og oplysning og lovgivning om rygning har været en årtier lang proces.

### **Inter99**

Det har undret, at Inter99 (2), én af verdens største interventioner overfor livsstil i en normalbefolkning, ikke har haft effekt, selvom fundet er i fuld overensstemmelse med andre studier (2,4). Sund fornuft siger os, at "selvfølgelig må det virke at tale fornuft til folk, inden de bliver syge". Der er dog tragiske eksempler på forebyggende behandling, som viste sig at slå mange mennesker ihjel – f.eks. anti-arytmibehandling (4). Vuggedøden er et andet tragisk eksempel. Folkesundhedsforskning er en svær disciplin; nok lige så svær som kardiologi. Der er masser af fælder.

### **Ængstelse**

Der blev ikke fundet øget ængstelse hos deltagerne i Inter99-undersøgelsen, men dette udelukker ikke, at vi evt. skadede dem på anden måde. Vi kan ikke ignorere den ikke-signifikante overdødelighed blandt kvinder i interventionsgruppen i Inter99, og at en metaanalyse af tilsvarende studier udført i almen praksis viser en 30 % overdødelighed i

hjertekarsygdom (3). Dette kan være tilfældigt, men forklaringen kunne også være, at enhver behandling også har bivirkninger. Når vi screener, finder vi raske personer med f.eks. let forhøjet blodtryk. Hvis indikationen for behandlingen er svag, og effekten af behandling derfor lille, er der risiko for, at bivirkningerne "overdøver" den positive effekt af behandlingen på befolkningsniveau.

Vi har på intet tidspunkt stillet spørgsmålstegn ved, at læger bør tale livsstil med, rådgive og behandle de patienter, der henvender sig til dem. Det, vi advarer om, er, at samfundet bruger store ressourcer på systematisk helbreds-screening i en normal befolkning eller i udvalgte grupper. Som ved al anden behandling må vi først sikre os, at vi ikke skader nogen, dernæst at det virker, og at den dyre indsats er kost-effektiv.

**BLAD NUMMER:**

**5/2015**

---

## LITTERATUR

1. Krogsbøll LT et al. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane database of systematic reviews 2012;10:CD009009.
  2. Jørgensen T et al. Effect of screening and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial. BMJ 2014;348:g3617.
  3. Si S et al. Effectiveness of general practice-based health checks: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract 2014;;64(618):e47-53.
  4. Moore T. Excess mortality estimates. Deadly medicine: Why tens of thousands of heart patients died in American's worst drug disaster. New York (NY): Simon & Schuster;1995.
-