

Forvarnir – bót eða böll?

Undanfarna mánuði hafa forvarnir gegn heilsuvanda og sjúkdómum verið nokkuð til umræðu í íslensku samfélagi. Meðal annars hefur verið teft fram umdeildum sjónarmiðum sem fram hafa komið í nálægum löndum um að forvarnir leiði til oflækninga og hefur þeim jafnvel verið líkt við faraldur en það orð tengja flestir einhverju böli eða fári. Forvarnir og þá heilsueflingu sem í þeim felst má skilgreina sem ýmiss konar aðferðir til eflingar heilsu fólks og til að varna gegn tilteknum sjúkdómum eða vandamálum. Mjög miklu skiptir að þær aðferðir sem notaðar eru séu byggðar á traustum vísindalegum rannsóknum og heilbrigðri skynsemi, ekki lítt gagnreyndum hugdettum og vangaveltum. Öll umræða er að sjálfsögðu af hinu góða og reyndar mjög nauðsynleg. Hún þarf hins vegar að vera ábyrg því að í umræðu um forvarnir er verið að fjalla um ráð til almennings um heilsueflingu og sjúkdómavarnir, ráð sem hinn almenni borgari hefur venjulega lítil tök á að vega eða meta sjálfstætt og verður að hlíta upplýstu mati fagfólks. Eins og áður sagði verður þetta mat ávallt að vera grundvallað á þekkingu, ekki trú. Einar Benediktsson sagði á öndverðri síðustu öld að „þekkingin er ekki óvinur trúarinnar, en þær búa ekki saman“.

Allir þekkja skiptingu forvarna í fyrsta, annað og þriðja stig. Gildi gagnreindra fyrsta stigs forvarna er óumdeilt og miklu máli skiptir að lækna hviki ekki frá því að koma því á framfæri við almenning, bæði heilbrigða og sjúka. Klassísk dæmi eru að sjálfsögðu bólusetningar, gerilsneyðing mjólkur, notkun fólats á meðgöngu, notkun öryggisbelta og loftþúða í bílum, notkun hjálma við hjólreiðar, notkun smokka til að draga úr kynsjúkdómum, ráðleggingar um mataræði og hreyfingu (sem er sennilega ódýrasta og einfaldasta aðferð til heilsueflingar sem menn þekkja) og loks tóbaksvarnir svo eitthvað sé nefnt.

Því hefur þó verið haldið fram í umræðu á Vesturlöndum að undanförunu að lækna séu að sóa tíma sínum þegar þeir eru að ræða þessa þætti við sjúklinga sína. Ekki hafa verið, svo mér sé kunnugt um, lagðar fram rannsóknir þessu til staðfestingar. Meðan þeim hefur ekki verið teft fram er engin ástæða fyrir lækna að hvika frá þeirri skyldu sinni að efla heilsu sjúklinga sinna og beita áhrifum sínum í samfélaginu. Þó læknum finnst stundum að á þá sé lítið hlustað skal því þó haldið fram að í krafti þekkingar sinnar og stöðu eru áhrif þeirra á þessu sviði mikil og óumdeild. Þessu til staðfestingar má meðal annars vitna í forvarnarkönnun CINDI frá 1992 (1). Þar kom fram að fólk taldi lækna og annað heilbrigðisstarfsfólk gegna verulegu hlutverki við ráðleggingar um tóbaksvarnir, megrun, hreyfingu og áfengisnotkun.

Áhrif bólusetninga hafa verið staðfest um allan heim og eru dæmin mjög skýr hér á landi. Má þar nefna áhrif bólusetningar gegn *Haemophilus influenzae* typu B sem hófst 1989, áhrif bólusetningar gegn mislingum sem hófst hérlendis skömmu eftir 1960 og áhrif sameiginlegrar bólusetningar gegn mislingum, hettusótt og rauðum hundum sem hófst hér 1989 en frá 1977 höfðu einungis næmar 12 ára stúlkur verið bólusettar gegn rauðum hundum. Síðast má nefna mjög jákvæðan árangur af bólusetningu gegn meningókkum sem hafin var fyrir rúmu ári.

Meiri umræður hafa hins vegar farið fram um annars stigs forvarnir sem eru í reynd skimun eða skipulögð leit að fyrstu merkjum um tiltekin vandamál eða sjúkdóm. Sem dæmi um skimun sem beitt er hér er að sjálfsögðu leit að leghálskrabbameini og brjóstakrabbameini, leit að fenýlketónmigu og skjaldkirtilsvanda hjá nýburum, leit að háum blóðþrýstingi og háu kólesteróli. Menn eru sammála um að skimpróf þurfi að uppfylla ákveðin skilyrði og vera gagnreynd áður en þeim er beitt. Árið 1975 settu Frame og Carlsson fram eftirfarandi skilyrði sem margir hafa tekið upp í ýmsu formi, þar á meðal Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO). Þessi skilyrði eru meðal annars þau að sjúkdómur verður að hafa veruleg áhrif á lífsgæði og lífslengd; úrræði eða meðferð verða að vera til reiðu; meðferð sjúkdómsins áður en sjúkdómseinkenni koma fram verður að vera virk (lækka dánartölu eða fylgivandamál); og verður að bera betri árangur en meðferð sem beitt er síðar, til dæmis eftir að einkenni koma fram; tíðni eða alvara sjúkdómsins verður að vera slík að það réttlæti skimun; tiltekna staðreyndir um skimprófið verða að vera þekktar, þar á meðal næmi, sértæki og jákvæð forspárgildi og loks verður áhætta skimprófsins á heilsu fólks að vera lítil eða engin.

Fyrir rúmunum tveimur árum birtu Coffield og samstarfsmenn (2) úttekt þar sem reynt var að meta innbyrðis mikilvægi ýmissa forvarnaraðgerða. Lítið var bæði til forvarnargildis aðgerðanna (clinically preventable burden) og hlutfalls kostnaðar og ávinnings (cost effectiveness). Höfundar gáfu forvarnaraðgerðum stig á grundvelli þessarar úttektar og meðal þeirra aðgerða sem fengu 6 eða fleiri stig af 10 mögulegum voru: Ungbarnabólusetningar, tóbaksvarnir, sjónpróf hjá 65 ára og eldri, vímuvarnir hjá unglingum, skimun fyrir leghálskrabbameini, skimun fyrir ristilkrabbameini, fenýlketónmigu- og skjaldkirtilsskimun hjá nýburum, háþrýstingsleit, influensubólusetningar, kólesterólmælingar, skimun fyrir alkóhólisma með ráðgjöf, bólusetningar gegn pneumococcum og skimun fyrir brjóstakrabbameini.



Sigurður
Guðmundsson

Höfundur er landlæknir.

Árangur af skimun fyrir leghálskrabbameini hefur verið staðfestur hérlandis, en skimunin hófst á vegum Krabbameinsfélagsins fyrir réttum 40 árum. Á þessum tíma hefur nýgengi sjúkdómsins lækkað um 65% og dánartíðni um 76% (upplýsingar frá Krabbameinsfélaginu). Íslenskar konur taka nú þátt í alþjóðlegri rannsókn á bóluefni gegn HPV, veirunni sem veldur leghálskrabbameini og er mikils vænst af henni.

Á undanförunum árum hefur allmikil umræða farið fram beggja vegna Atlantshafsins um gagnsemi skimunar fyrir brjóstakrabbameini með röntgenmyndatöku og því meðal annars haldið fram að skimunin leiði til of margra aðgerða, dragi ekki úr dánartölu og sé í reynd af hinu illa. Þeir sem teft hafa þessari skoðun fram hafa verið áberandi í fjölmiðlaumræðu austanhafs og vestan svo og hér á landi. Um fræðilegan bakgrunn og stöðu mála hefur verið vel fjallað í nýlegri ritstjórnargrein ábyrgðarmanns Læknablaðsins (3) og í grein Kristjáns Sigurðssonar og Baldurs Sigfússonar, yfirlækna hjá Krabbameinsfélaginu, í Morgunblaðinu (4). Fyrstu upplýsingar um gagnsemi skimunar á brjóstakrabbameini með brjóstamyndatöku komu fram upp úr 1970 og 1980 frá New York og Svíþjóð. Voru niðurstöður þessara rannsókna síðan staðfestar af fjölda annarra rannsókna frá Svíþjóð, Kanada og Bretlandi (5). Eins og rakið er í áður nefndri ritstjórnargrein drógu fulltrúar norrænu Cochrane samtakanna þessar niðurstöður í efa árið 2000 (6). Ekki er unnt að rekja þessa umræðu í smáatriðum í stuttu máli kom fram rúmlega 20% minnkun í dánartölu vegna brjóstakrabbameins. Var hún aldursháð og marktæk í aldurshópunum 55-69 ára en minni áhrif í yngri konum (7).

Á grundvelli þessara upplýsinga og annarra hefur niðurstaða flestra orðið sú að gagnrýni á skipulagða leit að brjóstakrabbameini sé óréttmæt og ekki byggð á haldberum rannsóknum eða rökum. Þjóðir heims þar sem skipulögð leit hefur verið stunduð hafa enda ekki hvíkað frá því að mæla með leit að brjóstakrabbameini hjá konum á aldrinum 50-70 ára. Óljósara er um gagnsemi leitar hjá konum á milli fertugs og fimmtugs. Konum á þeim aldri er boðin leit hér og ekki hafa komið fram upplýsingar sem benda til þess að því ætti að hætta. Minna má á að hlutfall brjóstakrabbameina og forstiga þeirra sem greindust við hópleit hérlandis var um þriðjungur af heildarfjölda allra greindra brjóstakrabbameina á árunum 1988-2002. Öll þessi krabbamein fundust fyrr en verið hefði án leitar. Gagnsemi skimunar á lýðheilsu er að

sjálfsögðu háð því hversu margir nýta sér skimunina og hefur lítil þátttaka til brjóstamyndatöku verið áhyggjuefni hér á landi, en einungis nýta tæplega 65% 50-69 ára kvenna sér þessa skimun (4). Miðað við þá þekkingu sem nú er uppi um gagnsemi skimunar bera lækna og aðrir heilbrigðisstarfsmenn ákveðna skyldu í því að upplýsa sjúklinga sína og almenning í þessu efni.

Nokkur umræða hefur verið hér á landi undanförun misseri um skimun fyrir ristilkrabbameini. Samantekt á sex rannsóknum frá Bandaríkjunum og Evrópu er gerðar hafa verið á undanförunum árum benda til þess að sá fjöldi sem þurfi að skima til að forða einum frá dauða úr ristilkrabbameini á 10 árum sé tæplega 1200 (8). Miðað við upplýsingar um vaxandi nýgengi ristilkrabbameins hér á landi má búast við að skipulögð skimun bæri árangur hér á landi og er unnið að því máli.

Á Vesturlöndum hefur allmikið verið fjallað um mörk óttans (the fear factor) þegar litið er til skimplófa. Réttilega hefur verið bent á að ótti og kvíði geti komið fram vegna falskt-jákvæðra prófa og einnig meðan beðið er endanlegrar greiningar með staðfestingarprófum. Ekki eru til miklar rannsóknir um raunverulega heilsuþælingu áhrif þessa. Mikilvægt er þó að gera sér grein fyrir honum en jafnframt nauðsynlegt að benda á að upplýsing og þekking er ein besta vörn gegn ótta. Skimplóf verða alltaf að vera háð vali einstaklinga og séu þau byggð á traustum rannsóknum er sú skylda lögð á herðar lækna og annars heilbrigðisstarfsfólks að upplýsa fólk um þau, kosti þeirra og galla.

Í ljósi þess sem hér hefur verið sagt verður að halda því fram að gagnsemi forvarna og heilsueflingar sé veruleg, og sönnuð með traustum rannsóknum. Tíma lækna og heilbrigðisstarfsfólks er vel varið í því að sinna forvörnum og líta verður á það sem skyldu okkar að fjalla um þessi mál ábyrgt og upplýsa sjúklinga okkar og almenning allan um óumdeilda gagnsemi, þannig að ákvarðanir byggja á upplýstu vali. Til langframa eru líklega fáar aðferðir betur til þess fallnar að efla heilsu manna.

Heimildir

1. Friðriksson HV. Forvarnarkönnun CINDI, Heilbrigðis- og tryggingaráðuneytið, 1992.
2. Coffield AB, Maciosek MV, McGinnis JM, Harris JR, Caldwell MB, Teutsch SM, et al. Priorities among recommended clinical preventive services. *Am J Prev Medicine* 2001; 21: 1-9.
3. Rafnsson V. Kembileit við krabbameini í brjósti með myndatöku. *Læknablaðið* 2003; 89: 99-100.
4. Sigurðsson K, Sigfússon B. Skipulögð leit með brjóstamyndatöku er góð heilsuvernd. *Morgunblaðið*, 1. febrúar 2004.
5. Boyle P. Mammographic breast cancer screening: After the dust has settled. *Breast* 2003; 12: 351-6.
6. Götzsche PS, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet* 2000; 355: 129-34.
7. Nystrom L, Andersson I, Bjurstam N, Frisell J, Nordenskjöld B, Rutqvist LE. Long-term effects of mammography screening: updated overview of the Swedish randomised trials. *Lancet* 2002; 359: 909-19.
8. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003.