

Kommentar

Geir Hoff

I dette nummeret av *Etikk i Praksis* belyses et etisk dilemma om premiering eller sanksjoner for deltakelse/ikke-deltakelse i nasjonale screeningprogram for kreft, i artikkelen «En etisk diskussion af screening for kræftsygdomme» av John Brodersen, Peter Laurs Sørensen, Fía Lindenskov og Lonny Henriksen. Dette er belyst gjennom intervjuer hvor divergerende meninger gjenspeiler at vi har svært begrenset kunnskap om både kort- og langtidseffekt av screening for kreft. Den politiske viljen til å innføre screeningprogram har utvilsomt vært sterkere enn viljen til å fremskaffe vitenskapelig bevis for eventuell nytteeffekt gjennom randomiserte studier (Hoff & Bretthauer 2006). Randomiserte studier på screening er svært dyre og har ofte et langt tidsperspektiv før resultater kan foreligge og danne et relevant kunnskapsgrunnlag for en nasjonal screeningstrategi. Resultatene kan også være kulturavhengige. Det understreker behovet for flere randomiserte studier. Det må også poengteres at ethvert land som har råd til å vurdere innføring av et screeningprogram (som er meget dyrt), har også råd til å finansiere randomiserte studier i forkant. En omfattende randomisert studie på fleksibel sigmoidoskopiscreening for tarmkreft har vist at deltakelse i screeningprogram kan føre til et redusert egenansvar for sunn livsstil og dermed økt risiko for livsstilssykdommer (Larsen, Grotmol, Almendingen, & Hoff 2007). Her ligger det altså en pedagogisk utfordring som kan variere fra land til land og mellom forskjellige screeningmetoder.

Den farmasøytiske industrien blir pålagt omfattende utprøvinger av sine produkter i randomiserte studier, men de samme kravene til dokumentasjon synes ikke å gjelde for helsevesenet – selv om screening angår hele alderskohorter av presumptivt friske og ikke bare en relativt liten gruppe pasienter som selv søker råd og hjelp for en definert sykdom. Mangelen på overbevisning om nytteeffekt har vært angitt som en vesentlig grunn til «non-compliance» i screeningprogrammer.

For prostatakreft finnes det egentlig intet godt behandlingstilbud. Det er grunnen til at flere land har frarådet PSA-screening. For kolorektal kreft-screening foreligger det resultater fra randomiserte studier bare for screening for okkult blod i avføringen, og en metaanalyse på disse resultatene konkluderer med at «[...] the impact of FOBT in reducing mortality from any cause is uncertain and efficacy of this strategy for CRC screening needs reevaluation» (Moayyedi & Achar 2006). Randomiserte studier på koloskopiscreening er ikke engang påbegynt – allikevel har flere land (bl.a. Tyskland) innført nasjonalt koloskopiprogram – stikk i strid med WHO's krav om forutgående randomiserte studier. Et hvert forsøk på direkte eller indirekte sanksjoner som en slags «furten reaksjon på dårlig oppmøte til et ideologisk høyverdig tiltak» er et grovt etisk overtramp.

Artikkelen av Brodersen et al. i dette nummeret av *Etikk i Praksis* konkluderer med at frivilligheten til å velge bort et helsetilbud uten at det gir direkte eller indirekte sanksjoner, også må gjelde tilbud om screening for kreft – selv om screeningtilbudet (rent hypotetisk) ikke skulle ha noen uønskede virkninger. Det burde være uproblematisk om den enkelte borger får en troverdig, balansert informasjon om fordeler og ulemper ved det valget han/hun må ta. Forfatterne fremhever at «[...] de tre screeningprogrammene har faktisk flere skadelige enn gavnlige effekter for borgerne». Dette er like lite «evidence-based» som det motsatte syn. Det er ganske tragisk at vi i stor grad skal måtte bekjenne oss til menigheter av «troende» og «ikke-troende» når det gjelder kreftscreening på grunn av mangelfull forskning før screeningprogrammer er blitt innført. Man kan trygt si at screening er for komplisert til at beslutninger om nasjonale screeningprogram skal overlates til politikere og interessegrupper.

Litteratur

- Hoff, G. & Bretthauer, M. (2006) The science and politics of colorectal cancer screening. *Public Library of Science Medicine* 3:e36.
- Larsen, I. K., Grotmol, T., Almendingen, K. & Hoff, G. (2007) Does colorectal cancer screening have an impact on future lifestyle? Results from a 3-year randomised controlled trial. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 5, s. 477–483.
- Moayyedi, P. & Achar, E. (2006) Does fecal occult blood testing reduce mortality? *Am J Gastroenterol*, 101, s. 380–384.