

Misvisende fremstilling af vort arbejde om screening med mammografi

I Läkartidningen 51–52/01 (sidorna 5924-6) försvarade Peter Dean hälsoundersökningar med mammografi, och kritiserade samtidigt Peter Gøtzsche och Ole Olsen för deras framställning av mammografiscreeningens effekter i en artikel i Lancet och i en Cochrane-rapport. Här bemöter Peter Gøtzsche deras kritik.

PETER C GÖTZSCHE
 Director, Det Nordiske Cochrane Center, København
 p.c.gotzsche@cochrane.dk

■ Peter Dean hävdar, at vort Cochrane review [1] skulle have vist, at mammografisk screening mindsker dødeligheden af brystkræft, hvorimod vort Lancet review [2, 3] skulle påstå det modsatte. Som støtte for sin påstand citerer han et resultat fra sammenfatningen i vort Cochrane review, men forsømmer at citere den følgende sætning, som er: »However, breast cancer mortality is considered to be an unreliable outcome and biased in favour of screening.« To sætninger senere i vor sammenfatning skriver vi: »The currently available reliable evidence does not show a survival benefit of mass screening for breast cancer (and the evidence is inconclusive for breast cancer mortality).«

Ingen principiel skillnad

Der er således ikke nogen principiel forskel på vore konklusioner i de to udgaver af vort review. Dean forsømmer også at nævne, at Cochrane redaktørerne insisterede på, at vi skulle inkludere de misvisende resultater trods vore gentagne protester, hvilket Lancets chefredaktør finder er uacceptabelt [4]. Det er også forkert, når Dean siger, at vor oprindelige rapport blev publiceret i Lancet uden ændringer, idet Lancet har underkastet vore data omfattende peer review.

Dean hävdar fejlagtigt, at vi ikke har taget hensyn til tidligere kritik, og at vi kun accepterer data fra de to bedste studier. Vi har gjort rede for resultaterne af de andre studier i begge reviews, og har vist, at heller ikke i disse studier var der nogen evidens for, at screening nedsætter mortaliteten.

Det har ikke nogen betydning, at svenska Cancerfonden har gennemgået data for de kvinder, man mente kunne være døde af brystkræft [5], idet brystkræftdødeligheden er upålidelig og biased til fordel for screening. Blindede endpoint komiteer kan ikke løse dette funda-

mentale problem [1, 3, 6]. Fejlklassificeringen drejer sig især om, at nogle dødsfald i den screenede gruppe bliver rubriceret som dødsfald af anden cancer eller som hjertedødsfald. Man kan beregne, at den totale cancerdødelighed ville have været klart nedsat, hvis de svenske resultater, der viste en 30 % reduktion af dødeligheden af brystkræft, havde været pålidelige [6]. Det er derfor interessant, at der ikke var nogen forskel i den totale cancerdødelighed (inkl. brystcancer) eller i den totale dødelighed. Det bør give anledning til eftertanke.

En norsk undersøgelse [7] har i øvrigt vist, at man finder alt for få cancere, der ikke har spredt sig, til at det kan forklare en 30% reduktion i brystkræftdødeligheden.

Optimistisk mammografilista

Deans liste over europæiske lande, der har indført screeningsprogrammer, er noget optimistisk. For eksempel er der ikke landsdækkende, organiserede programmer i Danmark, Italien, Spanien og Tyskland. Og selv om man har besluttet at indføre screening i Norge i 2002, er der stadig intens debat. For nylig har Den Nationale Forskningsetiske Komité anbefalet, at man gennemfører et forskningsprojekt i stedet for, fordi det er usikkert, om screening gør mere skade end gavn.

Dean nævner en ikke-randomiseret undersøgelse fra Kopparberg/Östergötland (det område, hvor Two-County forsøget – W-E studiet – blev gennemført), og beskriver den som en »milstøppestudie«. Studiet er imidlertid behæftet med så alvorlige fejlkilder, at det er helt utroværdigt [8]. Fx har man kun set på halvdelen af brystkræftdødsfaldene, idet man har krævet, at cancere for at tælle med som brystkræftdødsfald både skulle opstå inden for et 10-års interval og også have ført til døden inden for samme 10-års interval.

Dette giver en kolossal bias til gunst for screening på grund af lead-time problemer. Forfatterne har forsøgt sig med en mindre korrektion for denne lead-

time bias, hvilket ikke løser problemet. En anden alvorlig fejl er, at undersøgelsen ikke skelner mellem en evt. effekt af screening og en effekt af indførelse af effektive behandlinger (som fx tamoxifen, som reducerer brystkræftdødeligheden med 30%).

Forfatterne bruger en kontrolgruppe af unge kvinder som aldrig har været inviteret til screening som såkaldt bevis for, at screeningen har effekt. Jeg har imidlertid beregnet, at der ikke er nogen signifikant forskel mellem den nedgang i brystkræftdødelighed, der er målt i den unge kontrolgruppe og i den gruppe, som har været inviteret til screening [8], så dette »bevis« holder heller ikke. Endelig er det værd igen at erindre sig, at brystkræftdødeligheden er biased, og at man ikke kan bruge kohortestudier til at udrage pålidelig viden om screeningens evt. effekt, da der er alt for mange fejlkilder [8].

England, Holland, Danmark

Dean anfører, at dødeligheden i brystkræft er faldet kraftigt i Storbritannien, efter man har indført screening, og at den fortsat er høj i Danmark, hvor vi ikke har landsdækkende screening. Igen leder han læserne på vildspor. Fx er dødeligheden i brystkræft lige så høj i Holland som i Danmark, selvom man har screenet mange år i Holland (9). Og englænderne har anslået, at screening kun har reduceret brystkræftdødeligheden med 6%, hvilket de ikke engang har fundet muligt at teste statistisk (10).

Det er bemærkelsesværdigt, at Tabar og medarbejdere kan fremvise så utrolig-

Vore konklusioner er: Der er ingen evidens for en gavnlig effekt af mammografiscreening, ikke engang en tendens til en sådan effekt, hvorimod der er klar evidens for en skadelig effekt.

ge resultat af screening i deres »milstolpestudie« (50 % reduktion i bröstkräftdödeligheten, vilket er helt urealistisk), når man i Sverige ikke har set nogen ændring i dødskurven [9], hvori- mod man i Storbritannien har set en klar stigning i brystkræftdødelighed afløst af et lige så klart fald. »Milstolpestudiet« blev i øvrigt indsendt til tidsskriftet *Cancer* den 29. december 2000 og blev accepteret 6 dage senere, den 4. januar 2001, hvilket tyder på, at der ikke har været noget peer review.

Gør troligen mer skada än nytta

Richard Horton skrev i sin leder, at vore resultat bør lede til nøje refleksion og diskussion [4]. Jeg ser frem til en diskussion på et sobert akademisk niveau, og gør opmærksom på, at vi har lagt meget detaljerede og gennemarbejdede data frem om mammografiforsøgene.

Derfor mener vi, at hvis man ikke kan påvise væsentlige fejl i vor forskning, der invaliderer vore resultater, så holder vore konklusioner. Disse konklusioner er: Der er ingen evidens for en gavnlige effekt af mammografiscreening, ikke engang en tendens til en sådan effekt, hvorimod der er klar evidens for en skadelig effekt.

Referenser

- Olsen O, Gøtzsche PC. Screening for breast cancer with mammography (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software, 2001.
- Olsen O, Gøtzsche PC. Cochrane review on screening for breast cancer with mammography. *Lancet* 2001;358:1340-2.
- Olsen O, Gøtzsche PC. Systematic review of screening for breast cancer with mammography (<http://image.thelancet.com/lancet/extra/fullreport.pdf>).
- Horton R. Screening mammography – an overview revisited. *Lancet* 2001;358:1284-5.
- Nyström L, Rutqvist LE, Wall S, Lindgren A, Lindqvist M, Ryden S, et al. Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. *Lancet* 1993;341:973-8.
- Gøtzsche PC. Author's reply. *Lancet* 2001;358:2167-8.
- Zahl PH, Kopjar B, Mæhlen J. Norske tall for brystkreftdødelighet og validitet i svenske mammografistudier. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001;121:1928-31.
- Gøtzsche PC. Beyond randomized controlled trials. *Cancer* (in press).
- Levi F, Lucchini F, Negri E, Boyle P, La Vecchia C. Cancer mortality in Europe, 1990–1994, and an overview of trends from 1955 to 1994. *Eur J Cancer* 1999;35:1477-516.
- Blanks RG, Moss SM, McGahan CE, Quinn MJ, Babb PJ. Effect of NHS breast screening programme on mortality from breast cancer in England and Wales, 1990-8: Comparison of observed with predicted mortality. *BMJ* 2000;321:665-9.

Specialistutbildningen i psykiatri måste förändras

Slopa psykoterapiobligatoriet!

Psykoterapiobligatoriet inom specialistutbildning i psykiatri bör avskaffas. Motsvarande obligatorium finns inte inom andra specialiteter. Vidare bör psykoterapiutbildningen för blivande specialister breddas utan inskolning i någon etablerad psykoterapitradition. Dagens svårigheter att genomföra de obligatoriska studiemomenten leder dessutom till att den enskilda doktorn går miste om sluttjänster och att sjukvårdshuvudmannen inte kan besätta lediga tjänster.

LARS JACOBSSON

professor, ordförande i Svenska psykiatriska föreningen 1983–1984
lars.jacobsson@psychiat.umu.se

MARIE ÅSBERG

professor, ordförande i Svenska psykiatriska föreningen 1989–1992

■ Slutet av 1900-talet blev för psykiatrins del omvälvande på många sätt. In-tresset från politiskt håll var stort, på både gott och ont. Psykiatriutredningen och den efterföljande Psykiatireformen innebar stora omställningsproblem. På vissa håll innebar den ett resurstillskott medan den på andra ställen ledde till mindre resurser totalt för psykiatrin.

Förändringarna inom psykiatrin

Förändringen från mentalsjukhus till öppenvård psykiatri har väl på det hela taget varit av godo, även om det finns förskräckliga exempel på försummelse och brister särskilt när det gäller omhändertagandet av de kroniskt sjuka. Tvångsvårdslagstiftningen förändrades och innebar en försämring för de riktigt svårt psykiskt sjuka som har bristande sjukdomsinsikt. Den sektorisering som genomfördes under 1980- och 90-talen ledde till tillkomsten av ett antal mindre kliniker med begränsade resurser samtidigt som psykiatrin decentraliserades.

Sammantaget torde de organisatoriska och strukturella förändringarna ha inneburit en bättre organisatorisk struktur. Hade psykiatrin inte samtidigt drabbats av den allmänna neddragningen, som skett i välfärden, torde slutresultatet ha kunnat bli riktigt bra.

Förändringar inom professionen

Under den här tiden har också skett viktiga inomprofessionella förändringar. Psykiatrin har blivit alltmer evidensbaserad, och såväl respekten för psykiatrin

från medicinen i övrigt som självkänslan inom psykiatrin har ökat. Bättre behandlingsmöjligheter såväl farmakologiskt som psykoterapeutiskt och socialpsykiatriskt har bidragit till detta.

Nu kommer dock alltmer oroande tecken på dels minskande ekonomiska resurser allmänt sett till psykiatrin, dels en tilltagande brist på kvalificerad personal. Det gäller såväl läkare som sjuksköterskor och psykologer. Detta beror på de allmänna neddragningarna, men också på ökande pensionsavgångar och sjukskrivningar av 40-talisterna.

Ökad psykoterapeutisk kompetens

Desto viktigare är nyrekryteringen av specialister, och här finns ett snabbt ökande problem. Det som till en början var en av förutsättningarna för den gynnsamma utvecklingen har nu blivit ett problem. Under framför allt 1970-talet kritiserades psykiatrin för sin bristande kompetens inom psykoterapiområdet och för att behandlingen var alltför farmakologiskt inriktad.

För att möta kritiken, som inte var utan grund, genomfördes med Svenska psykiatriska föreningens aktiva engagemang en obligatorisk grundläggande psykoterapiutbildning i specialistutbildningen i psykiatri. Detta ledde till att alla psykiatrer legitimerade efter 1992 har en grundläggande kompetens inom psykoterapiområdet. Detta i sin tur innebar naturligtvis en ökad kunskap och bredd inom psykiaterkåren, bidrog till den ökade självkänslan och slog undan en del av kritiken utifrån mot psykiatrer som halvutbildade naturvetare.

Enda specialiteten med obligatorium

Efter hand har specialistutbildningen för läkare förändrats på det sättet att det inte längre finns några obligatoriska moment annat än inom specialistutbildningen i psykiatri, där psykoterapiobligatoriet