
Leve villscreening!

KRONIKK

PÅL GULBRANDSEN

Tidsskrift for Den norske lægeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Screening brukes både om organisert masseundersøkelse av en klart definert populasjon (den egentlige screening) og om villscreening (undersøkelse av store grupper som ikke er klart definert). Villscreening kan være lege- eller pasientinitiert og mer eller mindre velbegrunnet. Villscreening regnes som uønsket, men er utbredt pga. høy risikoberedskap og mye penger i befolkningen.

Årsakene til høy risikoberedskap og tilhørende etterspørsel etter screening kan spores langs fire hovedakser: følelser og kjønn, rasjonalitet og teknologi, penger og makt og ansvar og moral. Ikke alle beveggrunner for screening er like høyverdige.

Når effekten av screening diskuteres vitenskapelig, tar man utgangspunkt i organisert screening i en veldefinert populasjon. I et samfunn med høy grad av frihet til å gjøre egne valg og bruke såkalt egne penger vil denne forutsetningen aldri holde. Både de bedrevitende myndigheter og den patriarkalske lege ligger på sotteseng. Mye taler derfor mot å innføre organisert screening. Alternativet er velbegrunnet villscreening utført av fastleger.

Screening er en undersøkelse av en definert populasjon med sikte på å finne personer hvis leveutsikter forbedres ved at de blir identifisert. Det finnes en biologisk, en teknologisk og en normativ forutsetning for screening:

- – Det må finnes en tilstand forbundet med fremtidig helsefare som har et stadium uten spesifikke symptomer (biologisk)
- – Det må finnes en test som kan avsløre tilstanden i dette stadiet (teknologisk)
- – Å oppdage tilstanden i dette stadiet får vesentlige konsekvenser for personens fremtidige helse (normativ)

For hver av disse forutsetningene kan det gjøres mange modifikasjoner. For eksempel kan man definere en begrenset populasjon ut fra kjennskap til forekomst av tilstanden (kjønn, alder, uspesifikke symptomer), en prosedyre ut fra kunnskap om testens

sensitivitet, spesifisitet og validitet eller grad av tilbud ut fra vurdering av helsefarens betydning og kostnaden ved å innføre screening. Biologiske betingelser i seg selv vil neppe endre seg vesentlig, men kunnskapen om årsaksforhold vil antakelig øke og dermed stadig gi oss nye presymptomatiske tilstander. De teknologiske betingelser vil med sikkerhet endre seg. Det vil nok også de normative. Kanskje er det disse som er vanskeligst å forutsi.

Begrepet villscreening omfatter uorganisert bruk av diagnostiske tester for å oppdage sykdom i et tidlig stadium. Det kan skje på basis av et ønske fra en pasient eller fordi legen mener at pasienten tilhører en risikogruppe. Man kan også betegne ukritisk bruk av tester under utredning av sykdom for villscreening. En lege som systematisk tar i bruk diagnostiske tester ut fra en overveielse om risiko på individnivå, driver velbegrunnet villscreening. I engelsk språkdrakt kalles det ”case-finding”, vi kan også kalle det sykdomsjakt.

Sterke krefter i samfunnet beveger oss mot hyppigere testing for sykdom i et tidlig stadium (1). Utviklingen er uoversiktlig og i beskjeden grad styrt av vitenskapelige resultater. Den vitenskapelige begrunnelse for allerede innført organisert screening er omdiskutert (2, 3). Blodtrykksmåling bør utføres hvert femte år (4), men gjøres antakelig langt hyppigere. Ved organisert screening er muligheten størst for å finne sykdom blant dem som ikke møter opp, og det er ofte de friskeste som sørger for villscreening av seg selv.

Kanskje kan en sortering av drivkreftene langs fire akser – følelser og kjønn, rasjonalitet og teknologi, penger og makt og ansvar og moral – bidra til forståelse av utviklingen. I et samfunn med høy grad av frihet til å gjøre egne valg og bruke såkalt egne penger kan organisert screening vanskelig gjennomføres etter ideelle forutsetninger. Det taler mot innføring av nye slike tilbud såfremt ikke gevinsten er helt udiskutabel. Trolig er velbegrunnet villscreening under fastlegeordningen en bedre løsning.

Følelser og kjønn

Utviklingen av velferdssamfunnet har gitt oss et problem som neppe kunne vært forutsett: Kjedsomhet. Tidligere var det rikelig med grunner til ikke å kjede seg – lange arbeidsøkter, til dels farlige arbeidsplasser, infeksjoner man ikke kunne kurere, barseldød, lite mat og sesongbetont mat. Dette ønsker vi ikke tilbake, men tapet av kontrasten til trygghet reduserer også evnen til å nyte den. Presseoppslagene om flyulykker, vold og kugalskap fyller behovet for kontrast. Det samme gjør allehånde andre helserisikoer. Men det er nok å kjenne til kontrasten, man vil helst ikke selv bli utsatt for helsefare. Opplevelsen av risiko styrer handlingsmønsteret. Man spiser altså fremdeles gjerne kjøtt i Norge, men avstår fra det i England. Dette kan forklare hvorfor de som ikke møter opp til organisert screening, har høyere risiko for sykdom enn de som møter opp. Jo friskere man føler seg, desto sikrere er man på gevinst ved undersøkelsen. Og det er jo gevinst man oppsøker, ikke tap.

Behovet for trygghet er ulikt fordelt mellom kjønnene. Kvinner prioriterer helse og et langt liv fremfor kortsiktig gevinst og personlig makt. Det kan lettest avleses i medienes prioritering av helsestoff. Når mannen får påvist økt sykdomsrisiko, er det kvinnen som ser til at han reduserer den (5). Det er sannsynlig at etter hvert som

kvinner innflytelse i samfunnet stiger, vil også etterspørselen etter metoder til å oppdage og unngå risiko stige. Kanskje er det største problemet i så henseende at menneskets emosjonelle opplevelse av risiko er evnen til å forstå graden av risiko langt overlegen.

Rasjonalitet og teknologi

Risiko er uløselig knyttet til tid og eksposisjon. Det er flere folk med flyskrekk enn folk med bilskrekk, men mange trøster seg med at det er mye vanligere å dø i en bilulykke enn i en flyulykke – enkelte argumenterer til og med med at det farligste er å være i hjemmet. Til støtte for dette kan anføres at i årene 1988 – 93 døde 6 360 personer i hjemmeulykker, 1 099 personer i bilulykker og 44 i ulykker med innenlands rutefly (6). Hva som er farligst, kommer imidlertid an på hvordan man måler. Må man fra Oslo til Bergen, er fly langt tryggere enn bil. Men måler vi risikoen for å dø i forhold til den tiden vi befinner oss i hjem, bil eller fly, er det å fly fem ganger så farlig som det å kjøre i bil og 20 ganger farligere enn å være hjemme (6). Befinner man seg ett år i fly, er dødsrisikoen ved ulykke ca. 1 %, for ett år i bil er den 2 ‰ og for tilsvarende tid i hjemmet 0,5 ‰. For folk flest er forskjellen mellom så små tall uklar. Og nettopp slike tall er det det opereres med når man diskuterer screening. Derfor er det ekspertenes minste kunst å overbevise politikerne om nytten av screening.

En vesentlig årsak til at risiko har fått en så stor plass i medisinsk litteratur, er datamaskinenes regnekraft. Mens det i løpet av siste halvdel av 1960-årene ble registrert i underkant av 1 000 artikler med ordet risiko i tittelen på Medline, var tallet 250 000 i løpet av 1990-årene (7). Det skyldes ikke bare en generell økning i tilfanget av medisinsk litteratur. Av artikler om osteoporose hadde inntil 4 % ordet risiko i tittelen før 1980, mens andelen var 31 % etter 1995 (7). Den store regnekraften har vært et større fremskritt for epidemiologer enn dynamitten var for rallarne. Har man en hammer, ser man ofte bare spiker. Følgelig sitter tusenvis av medisinske forskere i dag og graver i materialet sitt i stedet for å være ute i klinisk arbeid og der finne fundamentalt nye spørsmål. Teknologien i seg selv leder oppmerksomheten vekk fra å behandle lidelse til å beregne risiko.

Penger og makt

Det er stor prestisje knyttet til det å beherske teknologi. Sjansen for at man behersker den, øker med utdanningslengden. Blant helsepersonell er leger mest teknologisk orientert. De går foran i å introdusere nye, kostbare maskiner med kort halveringstid. Innkjøp av maskiner kan best rettferdiggjøres med å utnytte dem døgnet rundt. Dette fordrer økt etterspørsel, og derfor må det skapes et behov. Gleden ved å tyde vanskelige bilder og tallkombinasjoner trekker legene vekk fra omsorgsfunksjonen i yrket, og gjør at de bruker sin innflytelse i samfunnet til å øke etterspørselen etter utstyr og teknologisk kompetanse. Når motivet er å finne og å behandle sykdom, blir dette prinsipielt uangripelig.

Dessuten finnes et annet motiv. Sykdom er et inntektsgrunnlag av stor betydning i samfunnet. Enten man er statsansatt i store registre, selger legemidler eller driver private institutter trenger man hus og mat. Man må sikre sin eksistensberettigelse. Det er legitimt, men kan kanskje forklare at debatten om screening og villscreening har emosjonell karakter, selv om den føres med tilsynelatende vitenskapelige argumenter. En vitenskapelig argumentasjon er a priori rasjonell. Temperaturen i debatten må skyldes noe annet enn rasjonalitet, for eksempel normer eller bakenforliggende motiver.

Motivet kan være skjult for den som har det, og ikke bare være prestisje og makt. Det er naturlig at forskere interesserer seg for de problemstillinger som er mest relevante for dem selv. Når forskerne er middelaldrende personer i den øvre middelklasse, vil oppmerksomheten være rettet mot den risikoen som er mest relevant i denne befolkningsgruppen. At forskningen om forebyggende medikamenter konsentreres om middelaldrende, behøver altså ikke bare skyldes behovet for profitt.

Ansvar og moral

Etterpåklokskap er smertefullt. Legers virksomhet kan sammenliknes med restverdisikring. Jo mer spesialisert legen er, desto større sjanse for at han observerer ting som burde vært gjort annerledes på et tidligere tidspunkt. Det er derfor ikke underlig at eksperter så sterkt engasjerer seg i screening. Man ønsker å bøte på smerten. Kostnadene og vanskelighetene er det allmennpraktikerne som ser (8).

Men etterpåklokskap er også forbundet med å være bedreviter når skaden ikke rammer en selv. Når man ikke røyker, kan man fordømme røykere. Når man tar imot et barn med hodeskade, kan man spørre foreldrene hvorfor barnet ikke brukte hjelm. Har man en bedreviter inni seg, vil pasienten merke det. Det merker kanskje også pasienten som kommer for sent til behandling for sin brystkreft, og som ikke tok imot tilbudet om mammografi. Selv har jeg møtt en gammel dame med lårhalsbrudd som var livredd for at jeg skulle synes hun var dum siden hun ikke hadde fjernet en fillerye, slik jeg hadde foreslått. Til det å bli syk eller skadet hører å tape ansikt.

Den moderne tid er bygd på enkeltmenneskets ansvar for å ta vare på seg selv. Ideologien ligger bak når pasientsentrert metode erstatter den patriarkalske lege eller det å delta i screening er frivillig og ikke pålagt. Den ligger bak når den ene risikoanalysen etter den andre konkluderer med økt fare knyttet til dårlig sosialt nettverk, seksuell promiskuitet, inntak av usunn mat og uheldige personlighetstrekk. Det er kanskje beroligende for den forskende middelklasse. Men med ansvar følger skyld når noe går galt.

De som dominerer vitenskapelig og politisk debatt, ser ikke dette som noe problem. De har nemlig løsenet klart: Utdanning og informasjon. Det er akk, så velment, men det hjelper lite. De som nyttiggjør seg informasjonen blir i beste fall opplyst, i verste fall reddere. De møter opp til organisert screening og søker i tillegg stadig helsetjenesten for å fri seg fra sykdom og skyldfølelse. Screening de ikke tilbys, kjøper de. De som ikke nyttiggjør seg informasjonen, blir i beste fall bare reddere, i verste fall følger de ikke anbefalinger som gis og unngår å møte opp til organisert screening. De får skyldfølelse og kan dessuten ha det så godt.

Det å fri seg fra ansvar styrer også myndighetenes valg for tiden. Ved å innføre en pasientrettighetslov kan det se ut som samfunnet – dvs. politikerne – tar et ansvar for å gi folk det tilbud de fortjener. Men det er bare tilsynelatende. Kombinert med stor risikoberedskap er denne loven en farlig belastning på et allerede synkende helsevesen. Loven vil i større grad underbygge retten til å være pasient enn retten man har som pasient. Og skylden når noe går galt, blir nok ikke politikernes. Den vil ramme sykehusdirektører og helsepersonell.

Fastlegeordningen og velbegrunnet villscreening

I dagens klima med vekt på pasientautonomi vil den beste vei til tidlig identifisering av sykdom og redusert risikoberedskap være velbegrunnet villscreening.

Fastlegeordningen byr på en unik mulighet for leger til å tilby sin populasjon skreddersydd, personlig kunnskapsvekst. Til dette hører systematisk å bruke tester til riktig tid til rette person. Endringen fra i dag må først og fremst være å ta færre blodprøver, måle blodtrykket sjeldnere, henvise til færre røntgenundersøkelser. Men i noen grad må man også gå motsatt vei: Invitere folk til en helseprat etter et system der man tar utgangspunkt i kjennskap til prevalens i ulike aldersgrupper, sosioøkonomiske grupper, eksposisjon for skadelige agenser og tid siden siste legebesøk. Det utfordrende ved dette er at fastlegen kan bruke sitt personlige kjennskap til pasientene og opparbeidet tillit til å få pasientene med på en riktig bruk av diagnostiske tester.

Det er ikke noe argument mot velbegrunnet villscreening at den opprinnelige cytologiscreening ble en fiasko i Norge pga. dårlig organisering. Ansvar for å følge opp populasjonen må legges til fastlegen. Til dette hører riktig bruk av tester for fremtidig sykdom. Blant annet betyr det å si nei til kvinner som vil ha cytologisk undersøkelse hvert år og å innkalle dem man ikke har sett. Det kan synes paternalistisk, men er heller uttrykk for at også legene skal være autonome, ikke bare pasientene.

LITTERATUR

1. Fisher ES, Welch HG. Avoiding the unintended consequences of growth in medical care. How might more be worse? JAMA 1999; 281: 446 – 53.
2. Zahl P-H. Er nytten av organiserte masseundersøkelser for livmorhalskreft og brystkreft i Norge vitenskapelig bevist? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2002 – 5.
3. Thoresen SØ. Ulike motiver for kritikk av masseundersøkelsene for bryst- og livmorhalskreft Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2807 – 9.
4. Siem H. Masseundersøkelser og helsekontroller. Rapport nr. 2 – 1979. Oslo: Norges almenvitenskapelige forskningsråds gruppe for helsetjenesteforskning, 1979.
5. Anderssen J. ”Men du har jo den angsten i dæ . . .” Om å leve med risiko som diagnose. I: Swensen E, red. Diagnose: Risiko. Oslo: Universitetsforlaget, 2000: 86 – 97.
6. Elvik R, Mysen AB, Vaa T. Trafikksikkerhetshåndbok. Oversikt over virkninger, kostnader og offentlige ansvarsforhold for 124 trafikksikkerhetstiltak. 3. utg. Oslo:

Transportøkonomisk institutt, 1997.

7. Skolbekken J-A. Risiko for sykdom – vår tids epidemi? I: Swensen E, red. Diagnose: Risiko. Oslo: Universitetsforlaget, 2000: 98 – 113.

8. Swensen E. En liten historie om statlige ambisjoner omsatt til lokal virkelighet. I: Swensen E, red. Diagnose: Risiko. Oslo: Universitetsforlaget, 2000: 27 – 33.

Publisert: 20. februar 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. september 2026.