

Screening

– til pasientens og samfunnets beste?

Det er bedre – når man kan – å forebygge sykdom enn å helbrede, bedre å bygge et gjerde på kanten av stupet enn ei operasjonsstue under. Det kan alle være enige i. Derfor skulle man kanskje tro at screening av friske for å oppdage risiko og mulighet for framtidig sykdom, skulle være et udiskutabelt gode.

Men slik er det ikke. Karin Frydenberg setter i artikkelen «Kritisk blikk på screening» i dette nummeret av Utposten søkelys på viktige spørsmål knyttet til screening. Hun drøfter nåværende og mulige framtidige offentlige programmer for screening opp mot kriteriene for gode og forsvarlige masseundersøkelser som Verdens Helseorganisasjon har satt opp. Og hun drøfter den uorganiserte «villscreeningen» etter initiativ fra lege eller pasient. Er dokumentasjonen av nytteverdien god nok før programmene settes i gang? Hvilke muligheter har vi til å måle programmenes forebyggende kraft underveis, hvis det ikke foreligger kontrollerte undersøkelser før start? Hvilke etiske dilemmaer stilles pasient og lege overfor når det påvises økt risiko for død eller alvorlig sykdom? Hva gjør det med et menneske når det får en diagnose som «risikant», ikke syk og ikke frisk? Hva med overdiagnostisering og overbehandling? Fortrenger den lege- og pasientinitierte «villscreeningen» oppmerksomhet, tid og ressurser fra behandling av de syke?

Vi lever i et rikt land der helsetilstanden i befolkningen er bedre enn noen gang og levealderen er svært høy og stigende. Folkehelsen er gjennomgående god. Samtidig er det økende opptatthet rundt risiko for sykdom og helsemessige katastrofer. Forskning avdekker nye mulige risikofaktorer for allehånde sykdommer, og dette får store presseoppslag og det skaper angst i befolkningen. Og dette fokuset på individuell risiko kan være et tveegget sverd – det kan få noen til å ta rev i seila og endre livsstil til eget beste, mens det setter et dødsstempel i panna på andre som ikke makter å leve slik de «burde». Dette er et poeng vi som leger bør være bevisste på, ikke minst når det gjelder «villscreening».

Denne opptattheten av risiko henger sammen med en forhåpning om at «moderne medisin» skal kunne frelse oss fra all sykdom og død. Det er selvsagt ikke mulig. Det generelle samfunnsmessige framskritt – som bedre ernæring, boligforhold og arbeidsforhold – har betydd mer for bedret helse og økt levealder enn medisinsk-tekniske gjennombrudd. Dette perspektivet er kommet mer i bakgrunnen i vår tid, fokus er dreid mer over fra det kollektive til individnivået, det er mer fokus på å forebygge «individuell» risiko enn på politiske og samfunnsmessige tiltak for bedret helse, f. eks. innen næringsmiddel- og alkoholpolitikken.

Dersom screening skulle avdekke risiko som kan påvirkes gjennom medikamentell behandling, er de økonomiske konsekvensene åpenbare. Her ligger enorme muligheter for fortjeneste for legemiddelprodusentene, og tilsvarende potensiale for kostnader for de enkelte pasienter og for fellesskapet. Hva og hvor mye skal staten dekke av forebyggende medikamentell behandling? Det er ganske åpenbart at fellesskapet ikke kan dekke en uendelig rekke av nye medikamenter på nye forebyggende indikasjoner i framtida.

«Moderne medisin» opererer i en trang nisje mellom det vi ikke kan gjøre noe med og det som blir bra av seg selv, men i denne nisjen kan vi riktignok utrette en god del fornuftig. Det er i dette perspektivet vi også bør se på screening. Nytteverdien av et screeningprogram må være klart større enn ulempene. Det må være en ballanse mellom de få som kan reddes fra for tidlig sykdom og død, og de belastninger som kan påføres de mange som aldri ville blitt syke, men som blir pålagt en medikamentell behandling pga. risiko eller et fysisk og mentalt belastende utredningsprogram pga. falskt positive screeningfunn.

Ivar Skeie