

# BRUK OG KONSEKVENSER AV ØKT RISIKOFOKUSERING KNYTTET TIL HELSE I DET SENMODERNE SAMFUNN

*5. ÅRSOPPGAVE I STADIUM IV - VED UNIVERSITETET I TROMSØ*

Johanne B. Vold, Kull-00  
Cathrine M. Stinessen, Kull-00

Veileder: Eivind Merok, ISM

Tromsø, 28. September 2005

## **INNHold:**

<b>Sammendrag.....</b>	<b>3</b>
<b>Introduksjon.....</b>	<b>5</b>
<b>Metode.....</b>	<b>7</b>
<b>Risiko og livskvalitet.....</b>	<b>8</b>
Systemverden og livsverden.....	8
Risiko og refleksivitet.....	10
Eksempler på risikofokusering og helse.....	14
Screeningundersøkelser i Tromsø.....	15
Utsiktede konsekvenser av screening på individnivå.....	17
Utsiktede konsekvenser på systemnivå.....	19
<b>Avsluttende kommentar.....</b>	<b>22</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>24</b>
<b>Vedlegg.....</b>	<b>26</b>

## SAMMENDRAG:

### Formål:

Utviklingen av det senmoderne samfunnet har medført økt risikofokusering. Denne tendensen kan vi se tydelige effekter av innen medisinsk praksis. Formålet med denne oppgaven har vært å belyse mulige utilsiktede utfall av risikofokusering og økt bruk av risikovurdering innen helsevesenet.

### Metode:

For å få et bredt perspektiv på problemstillingen har vi gjort et litteraturstudie, og knyttet ulike teoretiske perspektiver på systemteori og risikoteori til bruken av screeningundersøkelser i Tromsø. Vi har benyttet litteratur fra flere fagfelt; medisin/sosialmedisin, sosiologi og sosialantropologi. Innhenting av bøker og artikler har i stor grad foregått via søk i databaser som EBRARY og BIBSYS. Som empirisk område har vi valgt å se på den utbredte bruken av screeningundersøkelser, da dette resulterer i produksjonen av risikoindivider og såkalte risikanter.

### Funn:

Vi har valgt å benytte systemteori og teoretiske tilnærminger til risikobegrepet (Habermas, Beck, Luhmann) for å kunne forstå fremveksten av risikovurderinger i samfunnet generelt og innen helsevesenet spesielt, samt å kunne drøfte mulige utilsiktede negative konsekvenser av det økte risikofokuset både på individnivå (pasient) og systemnivå (helsevesenet). I drøftingen av forholdet mellom begrepene *risiko* og *livskvalitet* viser vi at screeningundersøkelser kan produsere både positive, tilsiktede konsekvenser for pasient og helsesystem, men også utilsiktede, negative konsekvenser. Avdekking av og kommunikasjon av risiko skaper endringer som ikke kan velges bort, endringer som igjen skaper *nye tilstander* i relasjonen mellom pasient og helsesystem som ikke nødvendigvis er ønskede. Endringer i relasjonen mellom pasient og helsesystem kan beskrives som endringer i forholdet mellom pasientens

livsverden og helsevesenets systemverden. Endringer på individnivå kan være svekket livskvalitet i form av egenopplevelse av helse ('frisk' → 'syk'). Endringer på systemnivå kan være mer kompleksitet å mestre, nye tilstander av sykdom, nye risiko-områder som må monitoreres og kontrolleres.

#### Konklusjon:

Det økte fokuset på risiko og bruk av risikovurderinger i helsevesenet fører utvilsomt både til positive og negative utfall, både for pasienten og helsesystemet selv. Vi stiller avslutningsvis spørsmålet om helsesystemet i tilstrekkelig grad er opptatt av, 'ser' og forholder seg til de utilsiktede, negative konsekvensene av avdekking av og kommunikasjon av risiko.

## INTRODUKSJON:

Med fremveksten av et (sen)moderne samfunn har meningen med og bruken av begrepet "risiko" endret seg radikalt. Sosiologen Niklas Luhmann (1) hevder at begrepet dukket opp første gang på midten av 1500-tallet i Europa. På denne tiden var meningsinnholdet i begrepet risiko knyttet til ytre, objektive fenomener som for individet var uforutsett og uforskyldt. Opplevelse av risiko knyttet seg til naturlige hendelser som storm, flom, jordskjelv og lignende. En kan si at risiko innebar en objektiv fare, en handling av Gud ("Force Majeure"), eller andre hendelser som ikke kunne tilskrives subjektiv handling (eller dårlig dømmekraft) hos de som ble rammet. (2).

Forståelsen av begrepet endret seg i takt med opplysningstid, industrialisering og modernisering av den vestlige verden. Menneskenes fremskritt og sosiale utvikling ble i større og større grad ansett å være underlagt vitenskapelige prinsipper og rasjonell tenkning (3).

Med den industrielle revolusjon på midten av 1800-tallet fulgte kunnskap om sannsynlighetsberegning og statistikk. Dette ble benyttet for å kalkulere normaliteter, og gjorde samtidig monitorering og kontroll av risiko mulig. Implisitt i denne tankegangen ligger at rasjonelle beregninger og systematiseringer kan bringe kontroll til et ukontrollert tilfelle. Man kan hevde at det industrielle samfunnets oversiktligheit og 'tregheit' i samfunnsprosesser gjorde en slik kontroll mulig, med utgangspunkt i et ofte lineært forhold mellom beslutning, handling og tiltenkte konsekvenser (4).

Bruken av begrepet risiko ble utvidet og differensiert til at det eksisterte "god risiko" og "dårlig risiko". Risiko kunne medføre økte muligheter og profitt eller tap og skader, avhengig av hvor gode vurderinger som lå til grunn for de valg som ble gjort.

På slutten av 1900-tallet ble begrepets betydning beskrevet av Douglas (5) som at risiko betyr *fare*, og høyrisiko betyr *stor fare*. Dagens bruk av begrepet relateres stort sett til negative og

uønskede utfall. I vår hverdagstale blir risiko svært ofte omtalt som noe negativt og underlagt individuell handling og påvirkningskraft; ”vi risikerer ekteskapet ved å ha sidesprang”, og ”man risikerer å bli smittet ved å omgås syke”.

Det som blant annet preger overgangen fra det moderne til det ’senmoderne’ samfunnet er at samfunnsforholdene blir stadig mer komplekse og uoversiktlige, endringer i og mellom sosiale systemer foregår stadig raskere og er tiltakende vanskeligere å underlegge (for eksempel) politisk styring. I forhold til risikobegrepet kan man si at i et senmoderne, komplekst samfunn vil sosiale, politiske, økonomiske og individuelle risiko bli tiltakende vanskeligere å monitorere og kontrollere, samtidig som behovet for å kontrollere risiko vil øke. Niklas Luhmann hevder for eksempel at graden av kompleksitet bidrar til at forsøkene på å monitorere og kontrollere risiko i seg selv skaper nye former for risiko (1). Forsøket på å kontrollere et fremtidig fenomen skaper nye, ukontrollerbare fenomener, og åpner for stadig flere tilstander som verken er faglig, økonomisk eller politisk ønsket (eller også ’utilsiktede, negative konsekvenser’). Dersom dette perspektivet relateres til bruken av risikovurderinger i helsetjenestene, kan man hevde at en økt produksjon av risikoindivider med det formål å skape bedre fremtidig helse (for eksempel ved bruk av *screening-undersøkelser*), i seg selv kan bidra til å skape mer uhelse som en utilsiktet, negativ konsekvens.

Hensikten med denne oppgaven er i hovedsak å prøve å belyse de utilsiktede utfall av risikovurdering og bruk av risikobegrep som har blitt dagligdagse i det (sen)moderne samfunn. Vi har valgt å konsentrere oss om bruk av risikovurderinger i helsesystemet gjennom screening-undersøkelser, og sett på mulige negative utfall av disse knyttet til både individ- og systemnivå; i *pasientens verden* og *helsesystemets verden*.

## **METODE**

Vi har valgt å basere oppgaven vår på en litteraturstudie- modell. Dette innebærer at vi har orientert oss i ulike fagområder hva angår begrepene "*risiko*" og "*risikovurdering*". Disse fagområdene har i hovedsak vært medisinsk, sosiologisk og sosialantropologiske.

En del av litteraturen har vi innhentet etter søk i ulike databaser, som bl.a. BIBSYS og EBRARY. I elektronisk arkiv over Tidsskrift for den norske Lægeforening har vi kommet over gode artikler med linker til annen relevant lesning.

Etter anbefalinger fra veileder Eivind Merok, har vi blitt satt på sporet av ulike typer samfunnsvitenskapelige forfattere og deres produksjoner av artikler og teorier. Vi har forsøkt å belyse historiens forståelse av begrepet *risiko*, og knytte de ulike fagområdenes teorier til bruken og opplevelsen av dette.

## **RISIKO OG LIVSKVALITET**

Vi velger innledningsvis å redegjøre for tilnærminger som kan forklare grunnlaget for den økte bruken av risikovurderinger i det senmoderne samfunnet generelt, og knytter dette til bruk av screeningundersøkelser innen helsesystemet. Generelt kan man si at det moderne samfunnet er preget av at stadig nye samfunnsområder *avtradisjoniseres* og underlegges rasjonalitetsvurderinger. Våre handlinger er i mindre og mindre grad begrunnet i at 'det er slik vi har pleid å gjøre ting her hos oss', og blir i økende grad påvirket av og underlagt sosiale systemers beregninger for hva som er rasjonelle handlinger. Med utgangspunkt i et systemteoretisk perspektiv kan en slik utvikling skape et problematisk felt mellom ulike sosiale systemers rasjonelle vurderinger for handling og disse handlingenes konsekvenser, både på individnivå og for systemet selv.

### **Systemverden og livsverden**

Sosiologen *Jürgen Habermas* har beskrevet denne fremveksten av instrumentell tenkning i ulike sosiale systemer, og hvilke konsekvenser dette kan ha for sosiale systemer basert på annen tenkning. Habermas har tatt utgangspunkt i Horkheimer og Adornos "kritiske teori", som i etterkrigstiden fungerte som et kritisk alternativ til den dominerende positivisme og harmoniserende vekst- og vitenskapsoptimisme. Fokuset til 'kritisk teori' var rettet mot negative utviklingstrekk ved det moderne samfunn, som fremmedgjøring, tingliggjøring og instrumentell tenkning. Habermas benytter begrepene "*systemverden*" og "*livsverden*" for å anskueliggjøre hvordan stadig nye sosiale områder påvirkes av instrumentelle vurderinger, og hvordan skillet mellom slike vurderinger og andre vurderinger basert på tradisjon eller



åndelige verdier fremstår og endres. Habermas belyser gjennom sin teori om kommunikativ handling samspillet og maktbalansen mellom disse to "verdener" i samfunnet (6,7).

Den instrumentelle "*Systemverdenen*" kan sees på som prosesser i ulike samfunnssystemer som virker ut fra et rasjonalitetsaspekt med hensyn til ressursbruk, utvikling og effektivitet. Habermas assosierer dette med *strategisk handling*. Den kommuniserende "*Livsverdenen*" derimot representerer de åndelige, kulturelle kvalitative aspekter hos enkeltindivider og systemer, og tar form gjennom det Habermas kaller *kommunikativ handling*.

Habermas viser hvordan ulike instrumentelle fenomener som økonomisk rasjonalitet, vitenskapens og jus'ens regler og språk stadig ekspanderer i offentlige og private sfærer (for eksempel hvordan en stadig sterkere *rettsliggjøring* av sosiale forhold utvider administrativ makt i det sivile samfunn). Det moderne er derfor for Habermas vesentlig å forstå som en tiltagende "*kolonialisering av livsverdenen*". Det er systemverdenen representert ved markedets mekanismer og statens/forvaltningens rettsliggjøring som *trenger inn i* og påvirker livsverdenen. Man kan på individnivå også forstå konsekvensene av dette som "patologier" på et personlig plan; "*Det kan oppstå identitetsproblemer. Individets selvbilde blir preget av grunnleggende usikkerhet*" (8).

Bruk av risikovurderinger i helsevesenet, som for eksempel screeningundersøkelser, kan med utgangspunkt i Habermas forstås som et helsesystems strategiske handling; eller et fenomen begrunnet i *systemrasjonalitet*. Ut fra et helsepolitisk perspektiv vil det være samfunnsøkonomisk å kunne sette inn tiltak for å forebygge utvikling av alvorlig sykdom så tidlig som mulig gjennom avdekking av risiko for slik utvikling. Man kan for eksempel si at et samfunns viktigste oppgave ikke først og fremst er å være god på å drive gode sykehustjenester, men å være gode på å hindre at folk kommer på sykehus. Risikovurderinger

gjennom bruk av screeningundersøkelser er et viktig verktøy for å kunne realisere et slikt helsepolitisk mål.

Med utgangspunkt i Habermas' teoretiske tilnærming kan vi beskrive gjennomføring av screeningundersøkelser som en systemverdens strategiske handling, men også gjøre oss antakelser om slike risikovurderingers konsekvenser for individene som deltar i slike undersøkelser. Det som er nyttig og effektivt på det ene området, er ikke på samme måte nyttig og effektivt på det andre. En screeningundersøkelse hvor deltakerne defineres og bevisstgjøres som *risikoindivider* kan betraktes som å invadere deres livsverden, her forstått i form av en positiv og ubekymret egenopplevelse av helse ("min identitet er trygg, forutsigbar, frisk"). En screeningundersøkelse kan med dette settes i en samfunnsmessig kontekst med hensyn til begrunnelse og utbredelse, og man kan anta at en slik systemrasjonell handling også vil ha negative, utilsiktede konsekvenser på individnivå. Vi skal komme tilbake til konkrete eksempler på dette senere i oppgaven.

### **Risiko og refleksivitet**

Risikovurdering og risikoberegning har i den vestlige verden blitt anerkjente og aksepterte metoder for å belyse og forhindre mange problemer i samfunnsutviklingen. Det rettes fokus på risiko både for enkeltindivider og for grupper av befolkningen, der det fremheves hva som utgjør økt risiko og hva som kan gjøres for å unngå den i størst mulig grad. Det foregår en stadig økt bruk av risikovurderinger i ulike sosiale systemer med det formål unngå negative utfall; innen familieliv, arbeidsmarked og finansmarked. Bruk av risikovurderinger er også svært utbredt når det gjelder å bedre samfunnsmedlemmenes helsetilstand gjennom å konstruere en mulig helsemessig fremtid, for så å sette inn tiltak for å redusere uhelse.

Utgangspunktet for slike vurderinger utført på systemnivå kan være helsefaglig (å forebygge/behandle sykdom), økonomisk rasjonelt (å redusere samfunnskostnader på helsetjenester) eller politisk, normativt begrunnet (å få flest mulig til å leve 'riktig').

For å kunne gå dypere inn i hvilke konsekvenser slike risikovurderinger kan ha for individer som deltar i dem *og for helsesystemet selv*, er det nødvendig med en nærmere gjennomgang av risikobegrepets innhold og betydning i et senmoderne samfunn. For å kunne si noe om hvilke negative, utilsiktede konsekvenser slik strategisk handling på systemnivå kan ha for det handlende systemet selv, vil det være nødvendig å bringe inn et begrep om *refleksivitet* i forholdet mellom sosiale systemer. Vi vil derfor videre støtte oss til ulike teoretiske tilnærminger til begrepene *risiko* og *refleksivitet*.

Deborah Lupton beskriver ( 9) seks hovedkategorier for risiko som er gjeldende i den vestlige verden:

- 1) - *risiko knyttet til miljømessige faktorer som forurensning, stråling, naturkatastrofer overbeskatning av naturressurser samt politisk uro.*
- 2) - *risiko knyttet til livsstil som spisevaner, bruk av ulike stimulantia, mosjon, økt stressnivå i arbeidssammenheng og fritid.*
- 3) - *risiko knyttet til medisinsk omsorg er relatert til behandling som medisiner, kirurgi, fødsel og diagnostisk teknologi.*
- 4) - *risiko knyttet til interpersonale forhold relatert til sosiale interaksjoner, kjærlighet, seksualitet, kjønnsroller, vennskap, ekteskap og foreldrerolle.*
- 5) - *risiko knyttet til økonomi i sammenheng med arbeidsledighet, banklån, investeringer, konkurser og tap av eiendom.*
- 6) - *risiko knyttet til deltagelse i, eller utsettelse for kriminelle handlinger (9).*

Det at disse kategoriene av risiko er aktuelle i dagens vestlige samfunn, henspeiler på den bredere sammenheng med sosiokulturelle, politiske og økonomiske strømninger. Vår bevissthet og kunnskap om disse risikoene er med på å styre vår oppfatning av egen helse og sosiale ressurser. I tillegg påvirker dette også våre beslutninger i forhold til sosiale relasjoner, inkludert hvordan man lever i hverdagen, hvor vi velger å bo, hvem vi omgir oss med og hvilken familiesituasjon vi ønsker å ha. Ut fra disse kategoriene avgrenser vi oss selv og de sosiale systemer vi tilhører fra andre individer og grupper. Med bakgrunn i dette kan vi forstå at vi lever i et dynamisk samfunn, hvor det er flytende overganger. Systemer og individ påvirkes fra ulike hold, både i forhold til normer, avgjørelser og handlinger. I tillegg skal man forholde seg aktivt til disse risikofaktorene, som til stadighet øker i mengde.

Fra ulike hold er det blitt rettet et kritisk søkelys mot tendensen til risikofokusering i samfunnet generelt (Ulrich Beck, Niklas Luhmann) og medisinen spesielt. Det fremstår som om det er blitt et av helsepolitikkenes hovedformål å måle og forhindre enkeltindividers medisinske "risikoatferd", som for eksempel røyking, mangel på mosjon, alkoholforbruk m.m. Et ensidig helsepolitisk fokus på de medisinske risikofaktorene kan med utgangspunkt i Luptons beskrivelse av tett sammenvevde og dynamiske samfunnsforholds påvirkning av individet, være utilstrekkelig i forhold til å bedre helsen til befolkningen. Man kan hevde at dette ikke bare handler om individuelle livsstilsvalg, men mer om at sosiale strukturer i samfunnet i sterk grad påvirker de valg individene treffer. Vurderingen av andres problemer som årsaksbestemte (uansvarlige) eller som viljesbestemte (ansvarlige) er da også et sentralt tema innen sosialmedisinen, slik Per Fugelli m.fl. fremstiller det;

*"De sosiale kreftene som påvirker helse og sykdom er bare i liten grad styrbare av helse- og sosialprofesjonene. Derfor blir allmennheten, politikerne, de økonomiske og kulturelle makthaverne og de sosiale institusjonene viktige målgrupper for sosialmedisinen.....Vi vet at fattigdom skaper sykdom. Vi vet at arbeidsledighet er helsefarlig. Vi vet at rasisme bryter ned helsen til folk. På samme måten som klinikerer forsøker å fjerne eller påvirke sykdomsårsakene hos pasienten, like selvfølgelig er det for sosialmedisineren å forsøke å fjerne eller påvirke sykdomsårsaker i samfunnet."* (10).

Og videre; *"Politiske utviklingstrekk tyder på en fremtid med økende sosioøkonomiske forskjeller. Det betyr at vi fortsatt trenger et fag som retter oppmerksomhet mot sammenhengen mellom materielle levekår og helse blant underprivilegerte grupper i Norge. Men i den nære fremtid bør faget også integrere to nye problemstillinger; På det nasjonale plan må sosialmedisinen utforske, undervis og påvirke den sosiokulturelle formgivning av forestillinger om helse og sykdom, oppfatning av normalitet og avvik, risikobegrep og risikohåndtering, egen mestring versus ekspertavhengighet, forventninger til helsetjenesten. I Norge har trolig disse sosiokulturelle påvirkningene stor innflytelse på folkehelsen".* (10)

Beck beskriver senmodernitetens (etter hvert) autonome dynamikk som å ha en latent, utilsiktet konsekvens i fremveksten av et "risikosamfunn". Når et sosialt system prøver å forholde seg til risikoen som følger av mulige autonome, utilsiktede konsekvenser av sine egne handlinger, i samspillet med andre sosiale systemer, kaller Beck dette for et *refleksivt* fenomen. Han mener den økte kompleksiteten i forholdet mellom sosiale systemer gjør det mer aktuelt for et system å forsøke å skape mulige fremtidige scenarioer for bedre å kontrollere forholdet til sin omverden (4). Problemet er at disse forsøkene på å skape forutsigbarhet i seg selv kan påvirke atferd i en annen retning enn hva man ønsket, eller også

generere nye former for uforutsigbarhet. Dette kan skje for eksempel gjennom bevisstgjøring av et individ i forhold til sin egen mulige fremtid, noe som kan få individet til å endre sin atferd slik at en annen fremtid inntreffer. Også denne utilsiktede kompleksiteten (eller risikoen) må et sosialt system forsøke å forholde seg til og mestre. I forhold til risikovurdering gjennom screeningundersøkelser kan bevisstgjøring av individer når det gjelder deres mulige helsemessige fremtid skape en annen, negativ helsemessig fremtid (individnivå) som helsesystemet på sin side igjen må forholde seg til (systemnivå).

### **Eksempler på risikofokusering og helse**

#### *1) "OVERVEKT GIR ØKT RISIKO FOR Å DØ AV KREFT"*

*-Overvekt er en signifikant risikofaktor for kreftrelatert død, både generelt og for de fleste organspesifikke kreftformer.*

*-Denne studien viser at overvekt bidrar til økt dødelighet, ikke bare som en følge av hjerte- og karsykdom og diabetes, men også av kreft, sier overlege Tom Grotmol ved Kreftregisteret. Det er grunn til å merke seg at også for moderat overvekt (kroppsmasseindeks mellom 25,0 og 29,9) var relativ risiko signifikant økt for flere kreftformer, bl.a. kolorektal kreft. (11).*

*2) En kvinne på 43 år kommer til sin fastlege og forteller at hun er gravid med sitt tredje barn. Hun har fra før en frisk gutt på 15 år, og en jente på 8 år med Downs syndrom. Hun blir fortalt at siden hun har et barn med kromosomavvik fra før og er i en relativt høy alder, har forøket risiko for å få flere barn med liknende avvik. Det blir anbefalt at hun tar utvidet fosterdiagnostikk, med ultralyd samt fostervannsprøve, for å avdekke eventuelle kromosomavvik eller misdannelser hos barnet hun bærer. Hun blir gjort*

*oppmerksom på at fostervannsdagnostikk medfører en forhøyet risiko for å spontanabortere. (En tenkt situasjon)*

Det første eksempelet er hentet fra en artikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforening. Dette er en av svært mange artikler som tar sikte på å informere om økt risiko for sykdom i en gitt befolkningsgruppe. Denne informasjonen har leger og annet helsepersonell som målgruppe. Disse vil i neste omgang videreformidle sin kunnskap gjennom kommunikasjon med pasienten.

I eksempel to ser vi for oss en situasjon på et legekontor, hvor en kvinne direkte blir konfrontert med forhøyet risiko på bakgrunn av statistiske tall. Dette er informasjon kvinnen ikke kan velge å se bort fra.

Intensjonen med ovennevnte eksempler er å konkretisere bruk av risikobegrepet overfor grupper og enkeltindivider i helsevesenet.

### **Screening-undersøkelser i Tromsø**

Vi har som empirisk område valgt å konsentrere oss om den utbredte bruken av screeningundersøkelser, da dette er en type undersøkelse som produserer en rekke "risikoindivider" eller såkalte "risikanter". Jostein Holmen har definert en *risikant* som en person som har en risikofaktor, men som ikke nødvendigvis har en lidelse (12). Man kan si at man ved denne type undersøkelser forsøker å fastlegge standardverdier eller normalverdier for helse. En klar tendens de siste 20-30 år har vært økende bruk av store befolkningsundersøkelser, såkalte screeningundersøkelser. Disse har blant annet hatt som intensjon å gi et mål på helsetilstanden i befolkningen. På denne måten har man mulighet til å

forhindre tidlig sykdomsutvikling, forebygge/starte tidlig intervensjon samt avdekke eventuelle risikofaktorer.

Et eksempel på en slik stor befolkningsundersøkelse er Tromsøundersøkelsene. Disse startet i 1974, og utgjør populasjonsbaserte, prospektive studier av innbyggerne i Tromsø kommune. Tromsøundersøkelsene identifiserer en rekke risikoindivider, og anbefaler videre utredning og eventuell intervensjon for å redusere fremtidig risiko for sykdom hos de aktuelle deltagerne.

Det finnes flere definisjoner av screening;

*" At screene betyr, at man undersøger en befolkningsgruppe som føler sig rask- eller i hvert fald ikke har mistanke om at være syg af netop den sygdom..." (13)*

*" Screening er en betegnelse for tidlig sygdomsopsporing og opsporing af tegn på mulig fremtidig sygdom ved undersøgelse af en større gruppe mennesker." (13)*

*" Et screeningsprogram omfatter mange mennesker, som føler sig raske, med henblik på at finde få syge." (13)*

Det screenes også i grupper av befolkningen som statistisk sett er predisponert for gitte sykdomstilstander/helseproblemer. F.eks screenes;

- nyfødte for bl.a. Føllings sykdom og hypothyreose
- alle kvinner over 50 år for brystkreft ved hjelp av mammografi
- gravide for diverse infeksjonssykdommer
- kvinner i fertil alder for celleforandringer i livmorhalsen og



- for psykomotorisk utvikling hos småbarn på helsestasjon.

Det er imidlertid fremmet kritikk av slike risikovurderinger både med utgangspunkt i individ- og systemnivå. En innvending mot bevisstgjøring av slike normalverdier på individnivå er fremmet av Hans Georg Gadamer, som mener at *"å konfrontere et friskt menneske med slike normalverdier, ville være å sykliggjøre henne"* (14). I tillegg hevdes det at praksisen med screeningundersøkelser skaper negative *helsepolitiske konsekvenser*, og økte belastninger for helsepersonell (15). Det er stilt mange spørsmål til eventuelle sideeffekter av risikoidentifisering, som for eksempel økt helseopptatthet, økt bruk av helsevesenet, endringer i selvevaluert helse, livskvalitetspåvirkning eller endring i mål på sykkelighet. Det synes viktig å avdekke eventuelle sideeffekter av risikoidentifisering, for deretter å kunne si noe om de totale virkninger av en slik befolkningstilnærming som blant annet Tromsøundersøkelsene er.

### **Utilsiktete konsekvenser av screening på individnivå**

Ut fra de nevnte definisjoner, synliggjøres ikke alle konsekvenser av screening. Vi savner spesielt sosiale og psykiske følger som deltage i screeningundersøkelser medfører.

"Risikoindividers" skjebne og utkomme er sannsynligvis underlagt store individuelle og sosiale variasjoner, men det er foreløpig gjort lite nasjonal og internasjonal forskning på dette området.

Reidun Førde stiller spørsmålene; *" Er fokusering på risiko og fremtidige sykdommer med på å påvirke livskvalitet og kroppsopplevelse?"*, og; *"Skaper risikofokuseringen i medisinen uhelse?"* ( 16 )

Peter Srabaneck, lege og skribent i Lancet, er sterkt kritisk til at medisinen med sin sterke vekt på fremtidig sykdom trenger inn i privatlivet til friske mennesker. (17)

Her kan vi trekke linje til Habermas' beskrivelse av "systemets kolonialisering av livsverdenen". Det fryktes at bevisstheten om en sykdomsrisiko skal ta makten over individet, og medføre innskrenket *valgfrihet* mht. livsutfoldelse.

Jorid Anderssen gjennomført i en spørreundersøkelse blant 50 "risikanter" om deres forhold til sin risikodiagnose, 4 år etter at de var deltakere i en screeningundersøkelse for hjerte- og karsykdom; *Til tross for at folk synes det er vanskelig å forholde seg til risiko, er de likevel takknemlige for å få vite at de har forhøyet risiko...Ingen av de jeg snakket med ville vært denne viten foruten. Det var heller ingen som meinte at de kunne velge å høre på legens råd eller ikke. De brukte ofte betegnelsen "kniven på strupen" for å vise at de egentlig ikke hadde noe valg*" (18). Som vi kan tolke ut fra utsagnene til intervjuobjektene, får man en form for ufrihet knyttet til sine nye roller som risikanter. I det viten om en risikofaktor er avdekket har man ikke lenger noe valg, man "tvinges" til å forholde seg til dette.

Objektivt sett kan man vel si at vi i dag generelt har bedre helse enn noen gang tidligere, men det synes å ha oppstått en splittelse mellom medisin og helse i det moderne samfunn. På den ene siden har vi hatt en enormt positiv utvikling i teknologiske hjelpemidler for å diagnostisere, avdekke risikanter og behandle sykdommer. Ser vi på helse og helsereelatert atferd i samfunnet er ikke utviklingen bare oppløftende. Befolkningen blir stadig eldre og lever lengre med sine kroniske sykdommer og funksjonstap, sine sorger og sin angst for fremtidig sykdom. Altså ser vi en økning i hjelpebehov som bare delvis har teknologiske løsninger. Samtidig med dette har prevalensen av spiseforstyrrelser, depresjoner, selvmord, invalidiserende kroppssmerter blant yngre mennesker økt. Edvin Schei stiller spørsmålet:

*"Hvorfor er ikke pasientene mer tilfredse med sin helse...i vår tid som medisinen er mer potent enn noensinne?"(19). Pasientens helse og opplevelse av denne er knyttet til flere faktorer av eksistensiell art. Med dette mener vi blant annet sosiale og kulturelle relasjoner; "Når helsen oppleves som truet, trues også den enkeltes identitet, livssammenheng og mening, mye eller lite. Og omvendt- tap av identitet, livs sammenheng og mening, gir seg lett utslag i medisinske tilstander og/eller etterspørsel etter helsetjenester i form av diagnostikk, behandling, omsorg og trygd." (19)*

Det skapes en avhengighet til helsevesenet. Man går ikke lenger bare til legen når sykdom inntreffer, men stadig flere oppsøker helsevesenet for å få avkreftet sykdom. Denne angsten for sykdom er i neste omgang vanskelig å behandle.

### **Utilsiktede konsekvenser på systemnivå**

En av dagens markante sosiologer, Niklas Luhmann, hevder at risikofokuseringen i seg selv er en risiko, og han ser opplevelsen av risiko som en større fare enn de "reelle" materielle risikoene (1). Det moderne risiko-orienterte samfunnet er et produkt av forskningsmuligheter og av kunnskaper, hevder Luhmann. I det senmoderne samfunnet er omgivelsene mer komplekse enn hva systemet kan makte å håndtere. Dette betyr at et sosialt system må redusere kompleksitet for å være operativt, noe som skjer blant annet gjennom risikovurderinger. Jo større risikobevissthet, og jo mer rasjonelt vi tilsynelatende kalkulerer, jo flere aspekter av usikkerhet og risikoer blir synlige. Med Luhmann kan man spørre om helsesystemet i tilstrekkelig grad 'ser' at dets egne risikovurderinger og forsøk på risikokontroll er med på å skape nye tilstander som øker kompleksiteten i de omgivelsene systemet må forholde seg til?

E. Schei stiller spørsmålet "*Gjør kunnskap vondt?*", i sin artikkel i Tidsskriftet For Den Norske Legeforening i 2001. Her diskuterer han rundt den økte kunnskap i det moderne samfunn. Han fokuserer på mengden medisinske forskningsresultater som raskt vokser, og som i hovedsak betraktes som nyttige. Dette blir etter hvert en økende faktamengde og kunnskap som skal forvaltes. Han er engstelig for at faktafokuseringen kan ødelegge for den subjektive, kliniske dømmekraften til den enkelte lege. (15) Det handler ikke lenger bare om lege, pasient og sykdom, men om en rekke influerende faktorer som skal tas hensyn til i samarbeidet mellom behandler og pasient. Det kan etter hvert bli vanskelig å skille individets subjektive symptomer fra de risikoer som tilskrives de grupper pasienten tilhører.

Problemer i dette samarbeidet kan oppstå på flere plan. Som vi ser av figur 1 (se vedlegg) handler det om den økte kunnskap på bakgrunn av mer spesifikk diagnostikk, økte behandlingsmuligheter samt økt fokus på andre faktorer som kan virke forstyrrende. Disse faktorer representerer blant annet de ulike kategorier av risiko som beskrevet tidligere i oppgaven (Lupton). Økt behandlingstilrettelegging betyr at behandling gis til pasienter som er mindre syke og derfor har mindre nytte av den. Gitt at bivirkningene er de samme, endres forholdet mellom nytte og ulempe. Mer diagnostikk fører til at mild og ufarlig sykdom oftere blir oppdaget, noe som igjen kan gi økt bekymring med negativ helse effekt, samt mer unødvendig behandling med bivirkninger osv. Mer diagnostikk og mer behandling betyr mer å gjøre for legene, stadige forandringer i rutine og dermed større hyppighet av menneskelige feil. Angst for å gjøre feil fører til defensiv medisin preget av utredninger, prøver og behandlinger "for sikkerhets skyld", dvs for legens skyld.

I figur 1 benyttes uttrykket "pseudosykdom". Med dette menes diagnostiserbare kroppslige avvik som pasienten aldri ville lagt merke til eller blitt definert klinisk syk av dersom han ikke hadde latt seg undersøke.(15) Dette kan være helt ufarlige og ubetydelige avvik, men for den aktuelle kan det i neste omgang skape bekymringer. Disse vil ofte resultere i en økende forventning om sykdomsutvikling, behandling og oppfølging av pasienten.

## AVSLUTTENDE KOMMENTAR.

Vi har i denne oppgaven rettet fokus mot den økende bruk av risikovurderinger i samfunnet, spesielt slik dette er et voksende fenomen knyttet til vurderinger av helsetilstanden til enkeltindivider eller grupper i befolkningen. Vi har tatt utgangspunkt i ulike systemteoretiske tilnærminger for å sette fremveksten av risikovurderinger i en samfunnsmessig kontekst, og har benyttet screeningundersøkelser i helsevesenet som empirisk grunnlag for å knytte risikovurdering som fenomen til mulige utilsiktede, negative konsekvenser både på individ- og systemnivå. Her har vi tatt utgangspunkt i å avdekke mulige negative konsekvenser for pasientene som deltar i slike undersøkelser, og mulige negative konsekvenser for helsesystemet selv. Habermas har vært nyttig for å vise hvordan et sosialt system som helsevesenet gjennom sine strategiske handlinger forsøker å oppnå positive konsekvenser, men at dette reelt kan føre til tapt livskvalitet hos pasientene handlingen retter seg mot. Dette kan skje gjennom at systemets strategiske handling trenger inn i pasientens livsverden, at økonomisk-rasjonelle vurderinger og legevitenskapens språk trenger inn i og endrer hennes opplevelse av seg selv og sin helsetilstand, hennes *livskvalitet*. Beck og Luhmann har vært nyttige for å redegjøre nærmere for utviklingen av risikobegrepet i samfunnet generelt, og knytte helsesystemets forsøk på risikokontroll til mulige negative konsekvenser for helsesystemet selv. Dette kan skje gjennom at forsøkene på å monitorere og kontrollere risiko i seg selv skaper nye former for risiko, og at forsøket på å kontrollere et fremtidig fenomen skaper nye, ukontrollerbare fenomener som åpner for stadig flere tilstander systemet må forholde seg til. Det at et sosialt system 'ser' en slik utvikling, og prøver å korrigere sine handlinger også med referanse til at andre sosiale systemer ser det samme, beskrives som en form for *refleksivitet* som preger det senmoderne samfunnet.

Vårt fokus i drøftingen av de teoretiske tilnærmingene mot det empiriske grunnlaget i oppgaven, screeningundersøkelser, har vært om helsesystemet i tilstrekkelig grad 'ser' eller forholder seg til slike utilsiktede, negative konsekvenser på pasient- og systemnivå.

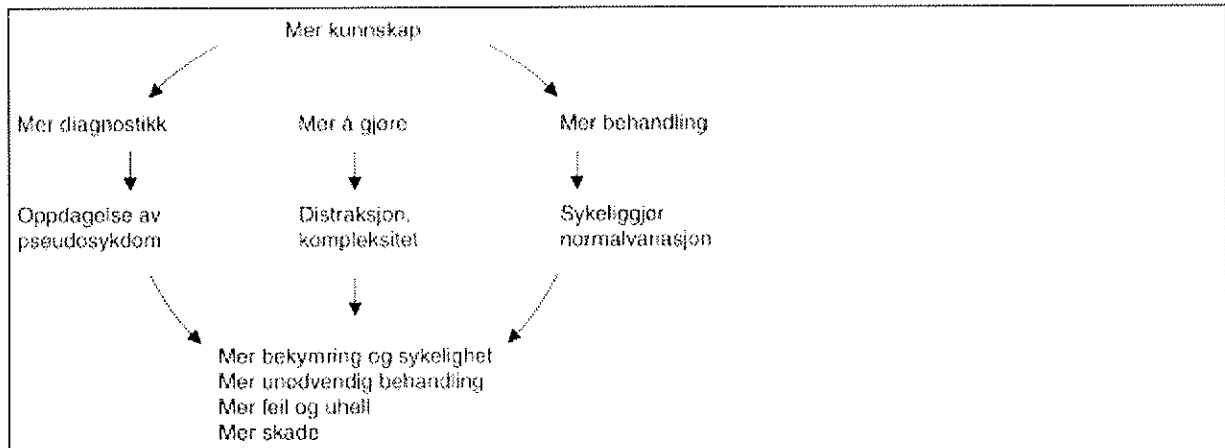
## LITTERATURLISTE:

- 1) Luhman N.: Risk: A sociological theory. Berlin/New York: Aldine de Gruyter.
- 2) Ewald F.: Insurance and risk. I Burchell, G., Gordon, C. and Miller, P.(eds), The Foucault Effect: Studies in Governmentality. London: Harvester/Wheatsheaf, s. 197-210.
- 3) Weber M.(1988): Den protestantiska etiken och kapitalismens anda. Argos
- 4) Beck, U.(1994): The reinvention of politics: towards a theory of reflexive modernization. I Beck, U. Giddens, A. And Lash, S.; Reflexive Modernization: Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order. Cambridge: Polity Press.
- 5) Douglas M.(1992): Risk and blame: Essays and Cultural Theory. London: Routledge.
- 6) Habermas, J.(1984): The theory of Communicative action. Vol I. Beacon Press.
- 7) Habermas, J.(1987): The theory of Communicative action. Vol II. Beacon Press.
- 8) Moe, S.(1994): Sosiologi I hundre år. Universitetsforlaget.
- 9) Lupton, D.(1999): Risk. Routledge.
- 10) Fugelli, P.: Haug, K., Høyer, G: Westin, S: Sosialmedisin- på sporet av det tapte fag. Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120:3057-61.
- 11) Gjersvik, P.: Overvekt gir økt risiko for å dø av kreft. Tidsskr Nor Lægeforen 2003;123:1493.
- 12) Holmen, J.: Risikant- et nytt ord i forebyggende helsearbeid. Tidsskr Nor Lægeforen 1994;114:2294.
- 13) Det Etske Råd(1999): Screening- en redegjørelse.
- 14) Merok, E.: Om helsens skjulte natur. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121:1610-2.
- 15) Strand, R., Schei, E.: Gjør kunnskap vondt? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1502-6.



- 16) Førde, R.: Har Illich fått rett? Nord Med 1996; 111: 113-5.
- 17) Skrabanek, P.(1994): The death of human medicine, and the rise of coercive healthisme. Suffolk: Crowley Esmonde Ltd.
- 18) Anderssen, J.: "No går det på hæl̄sa laus". Helse, sykdom og risiko for sykdom i to nordnorske kystsamfunn. Avhandling dr. philos. ISM skriftserie nr 46, UITØ 1998.
- 19) Schei, E.: Menneskekunnskap som klinisk kompetanse. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1122-5.

## VEDLEGG:



**Figur 1** Mulige mekanismer for hvordan ikke-intenderte skadelige effekter kan følge av kunnskapsutviklingen(15)