



Geir W. Jacobsen (f. 1945) er medisinsk redaktør i Tidsskriftet og professor emeritus ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.

Foto: Tidsskriftet

Hva skjer når kapteinen forteller at det er en bombe eller brann om bord i flyet eller du mottar brev om at det er påvist tegn til livstruende sykdom etter en rutineundersøkelse?

Falsk alarm

Da vi hadde landet på en av Europas største flyplasser høsten 2016, fortalte kapteinen meg, kona og rundt 120 andre passasjerer at han hadde fått melding om at det var en bombe om bord. Dette måtte undersøkes nærmere. Det ble full katastrofeevakuering med et hundretalls personer fra nødetaer og politi, blålys overalt, innsatspersonell og bombehunder – og 7–8 brannbiler på linje, klare til innsats. Vi passasjerer ble internert og overvåket. På betryggende avstand kunne vi følge gjennom søkingen av kabin, bagasje og lasterom. Etter innpå to timer var konklusjonen: Negativt funn. «Kontakt informasjonen i avgangshallen. Takk for samarbeidet.» En tid senere fortalte jeg noen venner om hendelsen. Den første kommentaren var: «Blei dåkker ikke redde?» Med tanke på de mange terrorangrepene det siste året var spørsmålet like relevant som vanskelig å besvare. Vi var først og fremst slått av hjelpernes profesjonalitet, effektivitet og ro. Unntaket var da en av kabinpersonalet motsa beskjeden om å etterlate håndbagasjen – vi skulle likevel ta den med ut av flyet. På det tidspunktet var hun åpenlyst oppskjørtet.

Vår opplevelse svarer til resultatet av en studie der forfatterne satt i et fly sammen med 370 kolleger på vei til en konferanse i atferdsmedisin i New York (1). Kapteinen fortalte over høyttaleren at det hadde oppstått brann i en av motorene og at de måtte nødlande. I tiden før flyet var trygt nede utformet forfatterne et spørreskjema om faktorer som eventuelt hadde utløst angst og om hvilke teknikker som ble brukt for å motvirke angsten. Svarene ble hentet inn i løpet av to timer etter landing, mens alle fortsatt var samlet. Det viste seg at kabinpersonalet, som var blitt informert om brannen før kapteinens opplysning kom over høyttalerne, hadde utløst en uro som passasjerene hadde fanget opp. Ifølge svarene hadde dette en større negativ påvirkning enn informasjonen fra kapteinen (1).

Begge historiene kan minne om situasjonen man står i når det kommer brev fra legen om at det er påvist funn ved en rutineundersøkelse som tyder på livstruende sykdom, for eksempel brystkreft etter mammografi (2, 3). Hvordan skal de med mulig sykdom følges opp? I en studie ble åtte kvinner intervjuet i tidsrommet mellom mammografi og etterundersøkelse (4). Ingen av dem hadde på forhånd forberedt seg på å være blant de 3 % av deltagerne som ble innkalt til videre undersøkelse. De innså at faren for kreft absolutt var til stede, til gjengjeld var de glade for at ventetiden frem til oppfølgingen var kort. Noen uroet seg likevel for at den korte ventetiden var uttryk-

for økt alvorlighetsgrad. I ettertid viste det seg at kun tre av de åtte trengte videre oppfølging og behandling (4).

En annen studie fra samme forskningsgruppe omfattet kvinner som hadde deltatt på mammografiscreening hver gang de ble innkalt over en seksårsperiode (5). Hos disse kvinnene hadde det tilbakevendende preget ved screeningen festet seg. Det ble hver gang lettere å vente på svaret, men spenningen som var knyttet til resultatet, var likevel den samme når det kom. Deres kunnskap om risikofaktorer for brystkreft var uendret og den selvopplevde risikoen forble lav – til tross for at de visste at sykdommen var både vanlig og kunne være farlig (5). Hver femte kvinne som deltar i det norske mammografi-programmet annethvert år fra de er 50 år til de blir 69 år, blir innkalt til en etterundersøkelse som viser at det foreligger et falskt positivt funn ved mammografien (6). Risikoen for å bli utsatt for en invasiv prosedyre med godartet utfall ble beregnet til omkring 4 %.

Det er ikke risikofritt å fly. Selv har jeg uten nærmere ettertanke fløyet flere ganger til tross for høstens hendelse. Ved alle screeningprosedyrer er det en balanse og et dilemma mellom ekte positive funn og falsk alarm. Og det er fortsatt frivillig å møte til mammografi og alle andre former for screening. Nytte og omkostninger må veies opp mot hverandre både av dem som tilbyr slike tjenester og dem som velger å benytte seg av dem.

En profesjonelt håndtert alarm som viser seg å være falsk, er likevel bedre enn ingen alarm.

Litteratur

1. Götestam B, Götestam KG, Melin L. Anxiety and coping behavior during an emergency landing. *Behav Modif* 1983; 7: 569–75.
2. Sebuødegård S, Sagstad S, Hofvind S. Oppmøte i Mammografi-programmet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 1448–51.
3. Zahl PH, Holme Ø, Løberg M. Norsk mammografiscreening – mange selvmot-sigelser i evalueringen. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 1616–8.
4. Solbjør M, Forsmo S, Skolbekken J-A et al. Experiences of recall after mammo-graphy screening – a qualitative study. *Health Care Women Int* 2011; 32: 1009–27.
5. Solbjør M, Skolbekken J-A, Østerlie W et al. Women's experiences with mammo-graphy screening through 6 years of participation – a longitudinal qualitative study. *Health Care Women Int* 2015; 36: 558–77.
6. Roman M, Hubbard RA, Sebuødegård S et al. The cumulative risk of false-positive results in the Norwegian Breast Cancer Screening Program: updated results. *Cancer* 2013; 119: 3952–8.

 Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no