
Screening fra topp til tå – kjekt med en sjekk?

HOVEDREPORTASJE

TOM SUNDAR

Email: tom.sundar@legeforeningen.no

Tidsskriftet

Snart kan friske og syke screenes for det meste fra topp til tå. Gentesting vekker ingen oppsikt, og nye bildeteknikker gjør radiologene til medisinsens fremste spåmenn. Samtidig som listen av tester som kan avdekke latent sykdom vokser, øker behovet for å dokumentere effekten av slike undersøkelser.



– Jeg er sterkt i tvil om nytten av screening som ikke er faglig og statistisk begrunnet, fordi de kan føre til ukontrollert, opportunistisk screening, eller såkalt villscreening, sier lege og statistiker Per-Henrik Zahl ved Statens institutt for folkehelse.

Uante muligheter

I dag finnes det tester som kan påvise risiko for 30–40 ulike sykdommer (se ramme).



Per-Henrik Zahl

– Det er imidlertid et kjent statistisk fenomen at masseundersøkelser ikke reproducerer de samme gunstige resultatene som mindre undersøkelser gjør, sier Zahl.

Et særlig problem han peker på, er at screening fører til mange og unødige falskt positive resultater.

– Ved screening av friske mennesker øker den kumulative risikoen for falskt positive resultater for hver gang testen blir gjennomført. Dette kan innebære belastninger for dem som blir undersøkt, føre til merkostnader for samfunnet, og svekke folks tillit til helsevesenet, mener Zahl. Ikke minst gjelder dette for mammografiscreening, der 30–35 % av de undersøkte kvinnene kan forvente å få et falskt positivt mammografisvar i løpet av screeningperioden på 20 år, sier han.

Han får støtte for sitt syn i en lederartikkel av Anne Eskild i dette nummeret av *Tidsskriftet* (1). Hun mener at skillet mellom undersøkelser på klinisk indikasjon og screening er uklar, både i daglig tale og i praksis.

Politisk frieri?

Zahl mener at screening for brystkreft er minst like kontroversielt som i 1980-årene (2), og at stortingsvedtaket om å innføre nasjonal mammografiscreening for kvinner mellom 50 og 69 år bygger på et altfor spinkelt faglig grunnlag.

– Effekten av mammografiscreening er ikke dokumentert. Av åtte internasjonale studier er det bare to som er adekvat randomisert, men de viser ingen signifikant effekt av mammografiscreening på brystkreftdødeligheten. Det norske programmet er i hovedsak basert på to svenske studier som viste positiv effekt, men disse resultatene er ikke blitt reproduisert i andre studier. Det er også tvilsomt om de svenske studiene var godt nok randomisert, sier han.

Han viser til Kreftregisterets egen evaluering av prøveprosjektet, der det fremgår at rundt 4 % av mammografiene var positive, men at andelen falskt positive var 5–6 ganger høyere enn andelen sant positive.

– Dette funnet borger for en ny debatt

om premissene for masseundersøkelsen. Så lenge internasjonale resultater ikke viser overbevisende effekt, mener jeg at mammografiscreening ikke er faglig begrunnet. Derfor burde det norske programmet heller vært lagt opp som en vitenskapelig studie. Når det ikke er blitt slik, smaker screeningvedtaket av politisk frieri til kvinner i den aktuelle alderen.

– Er det ikke for tidlig å la dommen falle etter bare 5–6 år?

– Når det gjelder brystkreft, bør effekten ha vist seg innen fem år. Sverige og Finland har hatt nasjonal mammografiscreening i henholdsvis 13 og 11 år, uten at man har observert noen signifikant reduksjon i brystkreftdødeligheten. I Sverige ser det tvert imot ut som om brystkreftdødeligheten har gått litt opp de siste par årene, sier Per-Henrik Zahl.

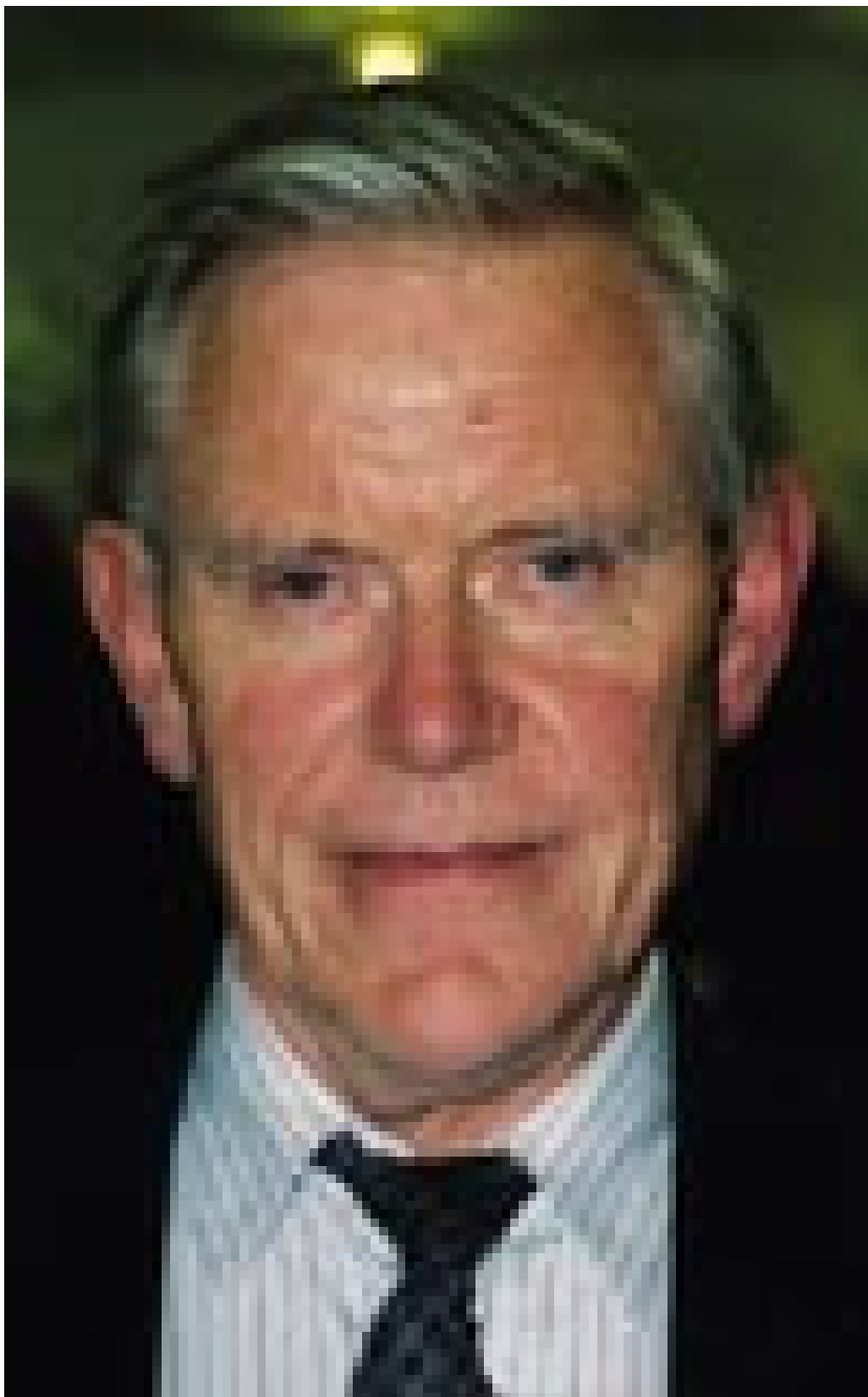
Steinar Østerbø Thoresen ved Kreftregisteret er leder for masseundersøkelsesprogrammene mot bryst- og livmorhalskreft i Norge. I en artikkel i *Tidsskriftet* nylig (3), hevder han at få tiltak er innført i norsk medisin med så sikker dokumentasjon som masseundersøkelsene mot bryst- og livmorhalskreft.

«Epidemiologiske studier med tilnærmet gullstandard har vist at det er mulig å senke dødeligheten med 30 %. Erfaringer fra de norske programmene både for bryst- og livmorhalskreft viser at vi kan oppnå slike resultater også i Norge. Ikke minst innen

mammografiprogrammet, der de foreløpige resultatene i Norge er langt bedre enn tilsvarende svenske, kan vi få en klar reduksjon av dødeligheten av brystkreft om noen år,» skriver Thoresen.

Behov for en djevelens advokat

– Forkjempere for masseundersøkelser vil i utgangspunktet ha en god politisk sak. De forespeiler gevinster i form av sparte liv, og dette er et budskap som har appell til politikere. Skeptikerne mot screening, derimot, vil ofte ha vanskeligheter med å vinne gehør for sine synspunkter, fordi de ikke har noe klart budskap å selge, sier stortingsrepresentant Inge Lønning (H), som har ledet to utredninger om prioriteringer innen norsk helsetjeneste, hvorav den siste kom i 1997 (4).



Inge Lønning

Lønning ønsker ikke å gå inn på spørsmålet om det var riktig eller galt å innføre mammografiscreening i Norge, men understreker at diskusjonen om masseundersøkelser inneholder både faglige, økonomiske og politiske pro-et-contra-spørsmål.

– Masseundersøkelser binder opp store ressurser i helsevesenet, og genererer et

betydelig oppfølgingsarbeid i form av diagnostiske etterundersøkelser. Man må gjøre mange grundige overveielser, men det er særlig to kontrollspørsmål man altfor ofte hopper over. Det ene er kravet til dokumentasjon av helsegevinster og nytteeffekt, det andre er kravet til en systematisk evaluering av egne resultater, sier han.

Han mener at politikere må stille strengere krav til dokumentasjon og bevisbyrde før de tar avgjørelser om prioriteringer i helsevesenet: – I spørsmål om prioritering i helsevesenet kunne det være behov for en djevelens advokat, dvs. en person eller instans som reiser de kritiske innvendingene og stiller alle motspørsmålene i en sak. Ideelt burde dette være Statens helsetilsyn, men man kunne også gjøre større bruk av konsensuskonferanser for å oppnå enighet i saker preget av både faglige, etiske og politiske dilemmaer, sier teologiprofessoren.

– Hvilken prioritet bør screeningundersøkelser få innen norsk helsetjeneste?

– Generelt bør det være en restriktiv hold-

ning til prediktiv massetesting der det er tvil om den medisinske nytteverdien. Allerede i dag bruker helsevesenet mye ressurser til diagnostisk aktivitet, sammenliknet med kurativ aktivitet. Tendensen til økt risikofokusering kombinert med et kommersielt press fremtvinger en debatt om sammenhengen mellom ressursbruk og helsegevinster. Det har lite for seg å kartlegge i detalj hva som feiler eller kommer til å feile folk dersom vi ikke har noen virkningsfull behandling å tilby, sier Inge Lønning.

LITTERATUR

1. Eskild A. Screening med det rare i Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 552.
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 mot bryst- og livmorhalskreft Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2807–9.
4. Norges offentlige utredninger. Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1997: 18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997.
5. Norges offentlige utredninger. Å vite eller ikke vite. Gentester ved arvelig kreft. NOU 1999: 20. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1999.

Publisert: 20. februar 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. juli 2026.