
Stortingsdebattene om mammografiscreening i 1998

ORIGINALARTIKKEL

MARIT SOLBJØR

Marit.Solbjor@ntnu.no

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Marit Solbjør (f. 1974) er sosiolog og førsteamanuensis. Hun har publisert en rekke artikler om kvinners erfaringer med deltagelse i mammografiscreening.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt honorar for redaksjonelt arbeid i The Breast fra Elsevier og reisestøtte/foredragshonorar til kongresser fra International Agency for Research on Cancer og European Cancer Congress.

BAKGRUNN

I 1998 vedtok Stortinget enstemmig å innføre landsdekkende mammografiscreening i Norge. Mammografiscreening har vært gjenstand for vitenskapelig debatt, men politiske argumenter for et offentlig screeningprogram er lite utforsket. I denne artikkelen analyserer jeg datidens argumenter for landsdekkende mammografiscreening.

MATERIALE OG METODE

Det er utført dokumentanalyse av forslag til Stortinget og innstillinger og referater fra debatter i Stortinget som omhandlet landsdekkende mammografiscreening. Dokumentene er fra perioden februar–juni 1998.

RESULTATER

Stortinget var entydig positivt til å innføre et landsdekkende screeningprogram for brystkreft. Stortingsdebatten inneholdt fire hovedlinjer:

«brystkreftdødelighet og effekten av mammografiscreening», «kvinnehelse», «rettferdighet og likeverdige helsetilbud» samt at «private tjenestetilbydere er

løsningen på manglede utstyr og personell». Effekten av mammografiscreening på dødelighet av brystkreft gjennomsyret debatten. Problematiske sider ved screening ble ikke diskutert.

FORTOLKNING

At tidlige funn påvirker brystkreftdødeligheten, var et underliggende premiss i debatten om landsdekkende mammografiscreening i Stortinget i 1998. Siden innføringen har det vært vitenskapelig debatt om mammografiscreening. Dette har ikke rokket ved den politiske viljen til å opprettholde mammografiprogrammet, og et nytt screeningprogram for tarmkreft er nå vedtatt innført.

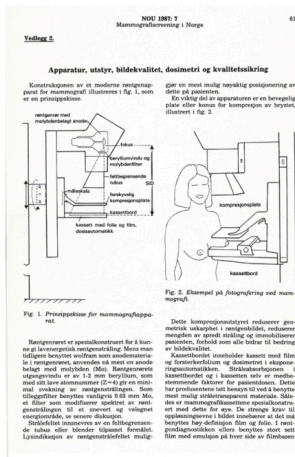
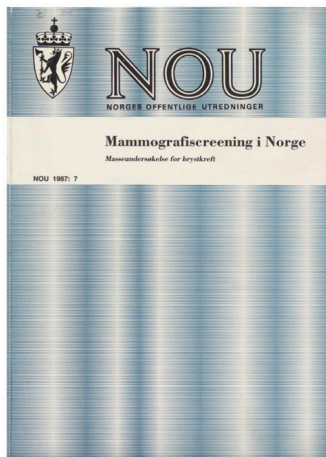
Hovedbudskap

Sammenheng mellom brystkreftscreening, tidlig diagnose og høyere overlevelse var et premiss i debatten i 1998 og ble ikke problematisert i Stortinget

Stortingsdebatten handlet om fire spørsmål: brystkreftdødelighet og effekten av mammografiscreening; kvinnehelse; rettferdighet og likeverdige helsetilbud; private tjenestetilbydere

I 1998 vedtok Stortinget å innføre et landsdekkende tilbud om brystkreftscreening med mammografi for kvinner i alderen 50–69 år. Siden 2004 har alle kvinner i målgruppen blitt invitert til mammografiundersøkelse annethvert år, og rundt 75 % av de inviterte kvinnene møter til screening [\(1\)](#). Målet med programmet har vært å redusere dødeligheten av brystkreft. En evaluering fra 2015 konkluderte med at mammografiprogrammet har oppnådd en reduksjon i dødeligheten på 22 %, men at disse resultatene er usikre [\(2\)](#). Vitenskapelig debatt rundt effekter av mammografiscreening har pågått gjennom hele brystkreftscreeningens historie, men dette har ikke hindret innføring av screeningprogram i de fleste industrialiserte land. Politiske prosesser baserer seg sjelden kun på medisinskfaglige argumenter. Studier av politiske debatter kan derfor gi innblikk i hvordan ny teknologi implementeres i helsetjenestene.

Mammografiscreening var ikke ukjent i Norge i 1998. Flere internasjonale studier hadde vist effekt på dødelighet av brystkreft [\(3, 4\)](#), mens man i en kanadisk studie ikke fant samme effekt [\(5\)](#). Sverige hadde hatt mammografiscreening fra 1986, med inklusjon av hele landet fra 1997 [\(6\)](#). I Norge var det 26 røntgenapparater for mammografi alt i 1986 [\(7\)](#), og private røntgeninstitutt tilbød mammografiundersøkelse til symptomfrie kvinner. Norske Kvinners Sanitetsforening arrangerte bussturer til mammografiscreening for kvinner fra distriktene og ønsket å samarbeide med myndighetene om screening [\(7\)](#). Gjennom 1980- og 90-årene var Kreftforeningen en pådriver for å etablere cancerscreening, og foreningen bidro med 10 millioner kroner for å initiere screening for livmorhals- og brystkreft [\(8\)](#).



I den første offentlige utredningen, NOU 1987: 7, ble det anbefalt å innføre mammografiscreening. Statens helseundersøkelser kom senere samme år med en høringsuttalelse hvor de påpeker utredningens mangler etter erfaring fra Tromsø-prosjektet. Deres innvendinger omfatter hovedsakelig anslag over utgifter ved screening, oppfatninger om mulighetene for selektiv screening og mangel på alternative forslag til organisasjon av et landsomfattende screeningprogram. Faksimiler: Nasjonalbiblioteket

Ultralydscreening rundt uke 17 av svangerskapet var blitt en rutine i svangerskapsomsorgen på slutten av 1980-årene, til tross for vitenskapelig debatt (9). Tuberkulosescreening hadde lenge vært et offentlig ansvar og kan ha beredt grunnen for at det offentlige helsevesenet tok ansvaret for mammografiscreening. Tuberkulose skiller seg likevel fra screeningprogrammene for kreft fordi dette var en smittsom sykdom. Innføringen av screening for ikke-smittsomme sykdommer antyder hvordan «overvåkningsmedisin» (10) gjorde sitt inntog også i det norske samfunnet.

Den første offentlige utredningen om mammografiscreening i 1987 anbefalte å innføre screening (7). I 1989 konkluderte derimot en konsensuskonferanse arrangert av Norsk institutt for sykehusforskning og Norges allmennvitenskapelige forskningsråd at det ikke burde innføres mammografiscreening (11). Panelet, som besto av fagfolk med ulike medisinske spesialiteter, anbefalte å avvente resultater fra flere svenske studier som pågikk i 1980–90-årene (4), samt å prioritere det kliniske mammografitilbudet i Norge.

For å undersøke effekten av mammografiscreening på dødelighet av brystkreft ble det i 1995 igangsatt et prøveprosjekt i fire fylker (12). NOU 1997:20 konkluderte med at mammografiscreening hadde effekt på dødeligheten (8). 4. februar 1998 redegjorde sosialminister Meltveit Kleppa i Stortinget for planer om å utvide mammografiprøveprosjektet med fire nye fylker. Grunnlaget var de foreløpige resultatene fra prøveprosjektet og Stortingets tidligere diskusjoner om å utvide prøveprosjektet. Dette ble startpunktet for debatten om et landsdekkende program for mammografiscreening.

Denne artikkelen analyserer hvilke argumenter som ble benyttet i den politiske beslutningsprosessen rundt landsdekkende mammografiscreening i Norge. Analysen gir ikke bare et historisk innblikk i en fremdeles aktuell debatt om mammografiscreening, men er også viktig i lys av at det i disse dager innføres

et nasjonalt screeningprogram for tarmkreft i Norge. Denne studien kan belyse hvordan faglige og politiske argumenter veves sammen ved innføringen av nye helsetilbud.

Metode

Studien består av dokumentanalyser av stortingsdokumenter fra våren 1998. Dokumentene ble identifisert gjennom søk i Stortingets hovedregister og taleregister på www.stortinget.no og Nasjonalbibliotekets søkebase (www.nb.no/statsmaktene) med søkeord «mammografi». De som inngår i analysene, finnes i ramme 1. Analyser av dokumenter gir oss kunnskap om en sak slik den er nedtegnet på et bestemt tidspunkt (13), og tekstene i dokumentene blir dermed empirien som undersøkes. Hvert dokument ble gjenstand for tematisk innholdsanalyse (14). Det ble benyttet induktiv koding, som innebærer at hver tekstbit ble kategorisert etter det temaet den omhandlet, her vil det si argumentene i debatten. Induktiv koding er ikke teoristyrte og gir dermed mulighet for uventede funn. Kodingen ble gjort manuelt av forfatter. Etter den første kodingen ble tekstutdragene sortert og kategorisert i fire hovedkategorier. Disse presenteres i artikkelens resultatdel.

Ramme 1 Dokumenter som inngår i analysene

1. Dokument nr. 8:76 (1997–98). Forslag fra stortingsrepresentantene Harald Tom Nesvik, John I. Alvheim, Øystein Hedstrøm og Lodve Solholm om å legge til rette for en utvidelse av tilbudet med mammografiscreening til å gjelde alle fylker.
2. Innst. S. nr.146 (1997–98). Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Harald Tom Nesvik, John I. Alvheim, Øystein Hedstrøm og Lodve Solholm om å legge til rette for en utvidelse av tilbudet med mammografiscreening til å gjelde alle fylker. 2.4.1998.
3. Forhandlinger i Stortinget nr. 176 (1998). Møte tirsdag 28.4.1998. Sak nr. 2. Forslag fra repr. Nesvik, Alvheim, Hedstrøm og Solholm om å legge til rette for en utvidelse av tilbudet med mammografiscreening til å gjelde alle fylker (Innst. S. nr. 146 (1997–98), jf. Dokument nr. 8:76 (1997–98)).
4. Forhandlinger i Stortinget 17.6.1998. Innst. S nr. 226 (1997–98). Innstilling fra sosialkomiteen om Nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sjukehus (Innst. S. nr. 226 (1997–98), jr. St.prp. nr.61 (1997–98). Sak nr. 4.

Resultater

Stortingsdebatten våren 1998 endte i et enstemmig vedtak om et landsdekkende program for mammografiscreening for kvinner i alderen 50–69 år. Stortinget bevilget samtidig 2 milliarder kroner til en femårig nasjonal handlingsplan mot kreft. De enstemmige innstillingene og vedtaket viser en politisk enighet som i stor grad bygde på NOU 1997:20. Målet med en nasjonal kreftplan var høyere kvalitet i kreftbehandlingen ved norske sykehus samt å forebygge kreft, blant annet gjennom masseundersøkelser. Rapporten konkluderte med at det var faglig grunnlag for å innføre mammografiscreening i Norge (10). Politikerne argumenterte for hvorfor og hvordan et slikt program skulle gjennomføres. Analysene av stortingsdebattene har identifisert fire hovedtema i debatten: «Brystkreftdødelighet og effekten av mammografiscreening», «kvinnehelse», «rettferdighet og likeverdige helsetilbud» og «private tjenestetilbydere».

Brystkreftdødelighet og effekten av mammografiscreening

Hovedargumentet for å gjøre mammografiscreening til gjenstand for politiske vurderinger var at mange norske kvinner døde av brystkreft. Sammenhengen mellom tidlig diagnose og høyere overlevelse var et premiss i debatten og ble ikke problematisert i Stortinget. Som et bevis på mammografiscreeningens effekt ble det fremhevet at prøveprosjektet hadde avdekket tidlige stadier av brystkreft. Forståelsen av at tidlig oppdagelse av kreft var assosiert med høyere overlevelse, gjorde det unødvendig å avvente langtidsresultater fra prøveprosjektet for å ta en beslutning om å utvide brystkreftscreeningen.

Effekten av mammografiscreening på dødelighet for kvinner 50–69 år ble i debattene underbygd ved å nevne «nasjonale og internasjonale studier», uten referanse til bestemte studier. NOU 1997:20, som konkluderte med at «De internasjonale og nasjonale erfaringene er nå så entydige at undersøkelsen bør bli landsdekkende» (s. 209), nevnes hyppig som bevis på effekten av mammografiscreening. Slik ble effekten et objektivt faktum uten behov for ytterligere diskusjon i Stortinget. Kanskje oppsummerte Arbeiderpartiets representant Einar Olav Skogholt Stortingets forståelse av effekten av mammografi:

«For noen år tilbake var mange usikre på effekten av masseundersøkelser for brystkreft med mammografi for kvinner mellom 50 og 69 år. Både internasjonale og nasjonale erfaringer har nå eliminert denne usikkerheten.» (Skogholt (A), Forhandlinger i Stortinget nr. 176, 28.4.1998).

Kun én gang ble det nevnt det at ikke alle studier var like entydige. Helseminister Høybråten omtalte manglende effekt i en sentral studie som et eksempel på dårlig organisering av screening (28.4.1998). Slik ble mammografiscreening definert som et problem som må løses politisk. Helseministeren uttrykte samtidig:

«Det er liten tvil om at en velorganisert mammografiscreening redder kvinner i aldersgruppen 50–69 år fra død av brystkreft» (Høybråten (KrF), Forhandlinger i Stortinget nr. 176, 28.4.1998).

Kvinnehelse

Kvinnehelse og kvinners ønske om mammografiscreening var et annet tema i debatten. Ifølge flere av innleggene hadde kvinnehelse tidligere hatt lav status både politisk og i forskning. Stortingets vedtak om landsdekkende mammografiscreening gjorde også kvinnehelse til et problem som krevde politiske løsninger.

«Og det er forferdelig viktig at kvinnesykdommer blir satt på den politiske dagsordenen. Det har ikke alltid vært tilfellet, det har ikke hatt den helt store politiske statusen å snakke om kvinnebryst.»

(Olsen (A), Forhandlinger i Stortinget nr.176, 28.4.1998)

Ifølge flere av debattantene viste undersøkelser at kvinner alt benyttet seg av tilbud om mammografiscreening der det var tilgjengelig, enten gjennom prøveprosjektet eller ved private røntgeninstitutt. Kvinnene ble dermed ikke bare mottagere av en tjeneste, men deres deltagelse ble et bevis på at de aktivt etterspurte mammografiscreening. Dette ble et viktig argument for å innføre et nasjonalt screeningprogram.

«Interessen for dette [prøveprosjektet] viste seg å bli på hele 70–90 pst. i alle de fire fylkene.»

(Nesvik (FrP), Forhandlinger i Stortinget nr.176, 28.4.1998)

Rettferdighet og likeverdige helsetilbud

Forslag om å utvide prøveprosjektet med fire nye fylker ga en debatt om likeverdige helsetilbud. At bosted kunne ha betydning for kvinners helsetilbud, aktualiserte argumenter om rettferdighet. I denne debatten ble rettferdighet definert som geografisk likeverdige helsetjenester som også inkluderte screening. Forståelsen av mammografiscreening som et livreddende tilbud gjorde det nødvendig at alle kvinner i aldersgruppen fikk tilbudet.

«Det er vanskelig å akseptere at enkelte fylker skal holdes utenfor og at kvinner i disse fylkene ikke skal få denne muligheten til å forebygge en dødelig kreftsykdom.» (Dokument nr.8, 18.2.1998).

Ordbruken rundt geografisk likeverdige tilbud lukket debatten. Kvinner som fikk tilbud om mammografiscreening ble omtalt som «heldige», mens kvinner i de resterende fylkene ble «diskriminert». Dermed ble det trukket inn en politisk ideologi som står sterkt i den norske velferdsstaten, nemlig at staten skal gi likeverdige tjenester. Mammografiscreening var blitt et problem som måtte løses gjennom statlige reguleringer og prioriteringer.

«Kvinner som ikke er så heldige å bo i et av de åtte fylkene hvor det igangsettes mammografiscreening, vil med rette føle seg diskriminert.»

(Innst. S. nr. 146 (1997–98))

Et annet element som kom til syne i diskusjonen om likeverdige helsetilbud, var prioriteringer av screening foran andre helsetjenester. Flere av stortingsrepresentantene ytret bekymring for om prioritering av mammografiscreening ville gå på bekostning av utbygging av strålebehandling for personer som har fått en cancerdiagnose (Høegh (H), forhandlinger i Stortinget nr. 176, 28.4.1998), eller av behandling av andre sykdommer (Gløtvold (Sp), forhandlinger i Stortinget nr. 176, 28.4.1998; Vikhovde (V), forhandlinger i Stortinget 17.6.1998). Men prioriteringsdebatten nådde ikke

opp i denne sammenhengen. Et geografisk likeverdig tilbud om mammografiscreening var her viktigere enn en større debatt om prioriteringer på tvers av helsetjenesten.

Private tjenestetilbydere

Utfordringene ved å innføre landsdekkende mammografiscreening var kjent i Stortinget. Det eksisterte verken tilstrekkelig utstyr eller kvalifisert personell til å kunne gjennomføre mammografiscreening for alle kvinner i aldersgruppen 50–69 år i det offentlige helsevesenet. Også i løsningen på dette problemet kom spørsmålet om rettferdighet inn. Andre løsninger som ble skissert, var å utsette innføringen av landsdekkende mammografiscreening eller å pålegge fylkene å innføre programmet til tross for manglende personell. Men den løsningen som skapte mest debatt, var å involvere private tjenestetilbydere i gjennomføringen av landsdekkende mammografiscreening.

Det var her de politiske skillelinjene kom til syne: Skulle man ta i bruk private tjenesteytere for å få til en hurtig innføring av mammografiscreening i hele landet, eller skulle det være en gradvis utbygging av offentlige tjenester? Informasjon om kapasiteten hos de private tjenestetilbyderne ble grunnlaget for et politisk gjennomslag for at dette var den raskeste måten å få gjennomført landsdekkende mammografiscreening. Både Høyre og Fremskrittspartiet argumenterte for at kvinnene ville bli taperne dersom screeningen skulle komme senere i gang fordi man insisterte på et fullstendig offentlig bemannet og drevet mammografiprogram. Nesvik brukte sterk retorikk i sitt innlegg i debatten:

«La det ikke bli slik at våre politiske ideologier blir skyld i at en rekke personer vil måtte lide eller dø, fordi vi bare hevder våre primære politisk holdninger med hensyn til hvem som skal utføre helsetjenestene i dette landet.»

(Nesvik (FrP), Forhandlinger i Stortinget 17.6.1998)

Å benytte private tjenestetilbydere handlet likevel om å innføre et offentlig regulert screeningprogram. Et offentlig organisert screeningprogram var et svar på det som ble omtalt som «villscreening», altså uorganisert screening. Fordi effekten av screening avhenger av at screeningintervallene følger en faglig begrunnet plan, kan individuelle initiativ føre til screening med manglende eller negative effekter.

«Hvis ordningen ikke blir gjort gjeldende for hele landet, kan resultatet bli at mange søker til private tilbud, uten at disse er en del av en helhetlig plan.»

(Skogholt (A), Forhandlinger i Stortinget nr.176, 28.4.98)

Forekomsten av «villscreening» ble et argument for hvorfor programmet burde være offentlig finansiert og organisert. Det var tverrpolitisk enighet om at samarbeid med private tjenestetilbydere måtte inngå i en avtale med det offentlige helsevesenet for å sikre en helhetlig, offentlig plan for nasjonal mammografiscreening. Siden teknologien allerede var tilgjengelig, ble det statens oppgave å regulere bruken av den på en forsvarlig måte. Til tross for de ulike partienes syn på private helsetjenester, ble Stortinget enig om å benytte samarbeid med private tjenestetilbydere for å få implementert et tilbud om brystkreftscreening over hele landet.

Diskusjon

Jeg har sett på hvordan ulike typer argumenter trekkes inn i den politiske styringen av prioriteringer i helsevesenet. Dokumentanalyser av stortingsdokumenter gir ikke rom for å vise alle politiske, byråkratiske og faglige prosesser som ligger til grunn for innføringen av et nytt offentlig helsetilbud. Utredningene fra 1987 og 1996 viser begge hvordan ulike fagmiljøer og frivillige organisasjoner påvirket innføringen av mammografiscreening i Norge, men slike prosesser belyses ikke i denne artikkelen.

I Stortingets diskusjoner var effekten av mammografiscreening på dødelighet grunnsteinen i argumentasjonen. For det første konkluderte NOU 1997:20 med at effekten var bevist gjennom vitenskapelige studier. I både daværende og fremtidige vitenskapelige debatter har det blitt stilt spørsmål ved denne effekten (15, 16). I Storbritannia ble myndighetenes fremstilling av effekten av mammografiscreening kritisert allerede i 1988, fordi de ikke nevnte debatter rundt totaldødeligheten i de svenske studiene om mammografi (17). For det andre knyttet man funn av tidlige stadier av brystkreft direkte til bedre overlevelse, selv om prøveprosjektet ikke var ferdig evaluert. Denne logikken så man også i USA, der det økte antallet tidlige diagnoser er blitt brukt som bevis på effekten av screening (18). Tidlig funn av sykdom var en kjerneidé i det 20. århundrets medisin, og masseovervåkning for å identifisere sykdom på et tidlig stadium ble muliggjort gjennom mammografiscreening (19). Veien var kort fra kampanjer om å reagere tidlig på kreftsymptomer til screening av symptomfrie individer (19). Mammografi som en røntgenteknologi som kan se tidlige stadier av kreft, er viktig for kvinners tillit til screeningprogrammet (20). Dermed skapes en kraftfull kobling mellom «tidlig funn redder liv» og en teknologi som ser inn i kroppen. Dette vanskeliggjør et offentlig ordskifte om screeningens potensielt negative sider.

I andre land har det vært mer politisk debatt. I det nederlandske parlamentet var i 1990 debatten preget av spørsmål om autonomi, medikalisering og overdiagnostikk (21). I Sverige ble det debatt da Älvsborg län i 1996 foreslo å avvikle mammografiscreening basert på vurderinger av kostnad og nytte (22). Slike diskusjoner kom ikke frem i den norske stortingsdebatten. Overbevisningen om at mammografiscreening redder liv, kan forklare Stortingets manglede drøfting av dens negative sider og hvorfor det var vanskelig å argumentere mot bruken av private tjenestetilbud.

En annen konsekvens av enigheten var at mammografiprogrammet ble organisert som et ensartet helsetilbud over hele landet, og ikke som et forskningsprosjekt for å måle effekt. Kombinasjonen offentlig screeningprogram og forskning har vært omdiskutert for tarmkreftscreening (23, 24), som er vedtatt innført i løpet av de kommende årene. Debatten omhandler ikke hvorvidt alle skal få tilbud om tarmkreftscreening, men om hvilken undersøkelse som skal tilbys og hvorvidt randomisering av screeningdeltagere til ulike undersøkelser vil påvirke befolkningens tillit til

helsetjenestene. At det igangsettes et screeningprogram før det er avklart hvilken metode som er den beste, kan skape usikkerhet i befolkningen, selv om det antageligvis også for tarmkreftscreening vil gjelde en forståelse av at tidlig funn av kreft er positivt for høyere overlevelse (10).

Gjennom 1980-årene var det økende oppmerksomhet på manglende forskning på kvinners helse (25). Dette kan også ha påvirket debatten rundt mammografiscreening, selv om NOU 1997:20 konkluderte med at det ikke var en nedprioritering av kvinner i kreftforskningen (8). Kvinners bruk av tilgjengelig mammografiscreening i 1980- og 90-årene var et av argumentene i Stortinget for innføring av landsdekkende mammografiscreening. To studier som ble presentert på konsensuskonferansen om mammografi i 1989, viste at kvinner ønsket tilbud om mammografiscreening (11).

Samtidig handler ikke nødvendigvis deltagelse i screening om hvilke behov deltagerne har før de blir invitert til undersøkelsen. Å få en invitasjon kan være grunn nok for å delta i screening (26, 27). I mammografiprogrammet inviteres kvinner til en oppsatt time, en såkalt «opt-out»-løsning. Dette aspektet ble ikke diskutert i Stortinget. En slik diskusjon kan være viktig å ta ved innføringen av et program for tarmkreftscreening, siden deltagelsesprosenten i det pilotprosjektet er rundt 55 og dermed er langt under deltagelsen i mammografiprogrammet (28).

Mammografiprogrammet feirer i 2018 sitt 20-årsjubileum etter at programmet ble gradvis rullet ut over hele landet fra 1998 til 2004. Gjennom hele perioden har mammografiscreening vært gjenstand for vitenskapelige debatter om effekter og overdiagnostikk, psykososiale konsekvenser og informert samtykke. Dette har ikke rokket ved den politiske viljen til å opprettholde mammografiprogrammet.

En nettverksanalyse av aktører (29) kunne avdekket hvilke av disse som var viktige for å få stortingsdebatten inn på det sporet som den tok, og hvilke argumenter og kunnskap som ble overført mellom hvem før Stortinget gjorde sitt vedtak. Også ved innføringen av tarmkreftscreening eller andre former for screening påvirker en rekke elementer og aktører debatten. Videre forskning på dette feltet kan gi en bredere forståelse av hvordan politiske beslutninger om helsetjenestetilbud avhenger av langt mer enn vitenskapelig kunnskapsgrunnlag fra randomiserte studier.

Takk til Nasjonalbiblioteket for hjelp med å finne dokumentene i fulltekst. Takk også til to anonyme fagfellevurderere for konstruktive kommentarer samt til Sarah Beth Evans-Jordan, Rickard J. Skjong, John-Arne Skolbekken og Trine Tafford for kommentarer på et tidligere utkast av artikkelen.

LITTERATUR

1. Sebuødegård S, Sagstad S, Hofvind S. Oppmøte i Mammografiprogrammet. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1448 - 51. [PubMed][CrossRef]
2. Norges forskningsråd. Research-based evaluation of the Norwegian Breast Cancer Screening Program. Final report. 2015.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/444d08daf15e48aca5321f2cefaac511/mammografirapport-til-web.pdf> (13.3.2018).

3. Shapiro S. Evidence on screening for breast cancer from a randomized trial. *Cancer* 1977; 39 (suppl): 2772 - 82. [PubMed][CrossRef]
4. Nyström L, Rutqvist LE, Wall S et al. Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. *Lancet* 1993; 341: 973 - 8. [PubMed][CrossRef]
5. Miller AB, Baines CJ, To T et al. Canadian National Breast Screening Study: 2. Breast cancer detection and death rates among women aged 50 to 59 years. *CMAJ* 1992; 147: 1477 - 88. [PubMed]
6. Jonsson E, Banta HD, Scherstén T. Health technology assessment and screening in Sweden. *Int J Technol Assess Health Care* 2001; 17: 380 - 8. [PubMed][CrossRef]
7. Norges offentlige utredninger. Mammografiscreening i Norge. Masseundersøkelse for brystkreft. NOU 1987: 7. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/odn/tmp/2002/0034/ddd/pdfv/154662-nou1987-7.pdf> (13.3.2018).
8. Norges offentlige utredninger. Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan. Rapport fra et utvalg for utredning av nasjonal kreftplan, avgitt til Sosial- og helsedepartementet 10. juni 1997. NOU 1997: 20. <https://www.regjeringen.no/contentassets/1f5322b4da9d43eba96781410cd8ca11/no/pdfa/nou19971997002000odddpdfa.pdf> (13.3.2018).
9. Kvande L. Frå politikk til etikk–obstetrisk ultralyd i 1980- og 90-åra. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2008; 128: 2855 - 9. [PubMed]
10. Armstrong D. The Rise of Surveillance Medicine. *Sociol Health Illn* 1995; 17: 393 - 404. [CrossRef]
11. Backe B, red. Konsensuskonferansen om mammografiscreening. NIS-rapport nr. 2/1989. Trondheim: Norsk Institutt for sykehusforskning, SINTEF, 1989.
12. Hofvind S, Tsuruda K, Mangerud G et al. The Norwegian Breast Cancer Screening Program, 1996-2016: Celebrating 20 years of organised mammographic screening. In: *Cancer in Norway 2016 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*. Oslo: Cancer Registry of Norway, 2017.
13. Tjora A. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo: Gyldendal akademisk, 2012.
14. Prior L. Document analysis. In: Bourgaault ID, R; de Vries, R. (red). *The SAGE Handbook of Qualitative Methods in Health Research*. London: SAGE, 2010.

15. Sætnan AR. To screen or not to screen? Science discourse in two health policy controversies, as seen through three approaches to the citation evidence. *Scientometrics* 2000; 48: 307 - 44. [CrossRef]
16. Kalager M, Zelen M, Langmark F et al. Effect of screening mammography on breast-cancer mortality in Norway. *N Engl J Med* 2010; 363: 1203 - 10. [PubMed][CrossRef]
17. Skrabanek P. The debate over mass mammography in Britain. The case against. *BMJ* 1988; 297: 971 - 2. [PubMed][CrossRef]
18. Aronowitz RA. *Unnatural history: breast cancer and American society*. Cambridge; New York: Cambridge University Press, 2007.
19. Armstrong D. Screening: mapping medicine's temporal spaces. *Sociol Health Illn* 2012; 34: 177 - 93. [PubMed][CrossRef]
20. Solbjør M. "You Have to Have Trust in Those Pictures." A Perspective on Women's Experiences of Mammography Screening. In: Brownlie J, Greene A, Howson A, (red). *Researching Trust and Health*. London: Routledge, 2008.
21. Boenink M. Debating the desirability of new biomedical technologies: lessons from the introduction of breast cancer screening in the Netherlands. *Health Care Anal* 2012; 20: 84 - 102. [PubMed][CrossRef]
22. McIver G. Swedish county abandons breast screening. *BMJ* 1996; 312: 595 - 6. [PubMed][CrossRef]
23. Hofmann B. Det store tarmkreftlotteriet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; doi: 10.4045/tidsskr.17.0617. [CrossRef]
24. Kalager M, Stoltenberg C. Screening for den enkelte og kunnskap for alle. *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137: 858. [PubMed]
25. Schei B, Rostad B. Women's health and gender perspectives in the history of modern Norwegian epidemiology. *Nor Epidemiol* 2015; 25: . [CrossRef]
26. Østerlie W, Solbjør M, Skolbekken JA et al. Challenges of informed choice in organised screening. *J Med Ethics* 2008; 34: e5. [PubMed][CrossRef]
27. Forss A, Tishelman C, Widmark C et al. 'I got a letter...' a qualitative study of women's reasoning about attendance in a cervical cancer screening programme in urban Sweden. *Psychooncology* 2001; 10: 76 - 87. [PubMed][CrossRef]
28. Hoff G, Bretthauer M. Colorectal cancer screening in Norway. In: *Cancer in Norway 2009. Special issue: Cancer screening in Norway*. Oslo: Cancer Registry of Norway, 2011.
29. Latour B. *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*. United Kingdom: Oxford University Press, 2005.

Publisert: 12. juni 2018. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.17.1049

Mottatt 29.11.2017, første revisjon innsendt 19.2.2018, godkjent 13.3.2018.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. juli 2026.