
Screening med det rare i?

REDAKSJONELT

ANNE ESKILD

Anne Eskild (f. 1956) er assistentlege ved Kvinnesenteret og forsker ved Seksjon for epidemiologi, Folkehelsa.

Kvinnesenteret

Ullevål sykehus

0407 Oslo

og

Seksjon for epidemiologi

Statens institutt for folkehelsa

I dette nummer av Tidsskriftet er det to artikler som reiser spørsmål om masseundersøkelser. Joakimsen & Fønnebø spør om det bør innføres screening for osteoporose i Norge, og svarer selv nei (1). Eide og medarbeideres artikkel omhandler forekomst av forhøyet nivå av prostataspesifikt antigen i en norsk normalpopulasjon (2). De finner en sammenheng mellom forhøyet nivå av prostataspesifikt antigen og prostatakraft, men ingen entydig sammenheng mellom forhøyet nivå og vannlatingsplager. Selv om de ikke diskuterer generell bruk av prostataspesifikt antigen for å identifisere menn med forhøyet risiko for prostatakraft, er det nærliggende å tenke at dette er en test som kan brukes i et screeningprogram.

Masseundersøkelser eller screening er systematisk bruk av en diagnostisk test for å identifisere personer som ikke selv har oppsøkt helsevesenet på grunn av symptomer, men som er i et tidlig sykdomsstadium eller har tilstrekkelig økt sykdomsrisiko til å dra nytte av utredning eller behandling. Det ideelle utgangspunkt for en masseundersøkelse er en alvorlig sykdom som kan helbredes etter tidlig diagnose. Den diagnostiske test bør være enkel, billig, ufarlig og lite belastende samt ha 100 % sensitivitet og spesifisitet. Mer realistiske kriterier er foreslått av Wilson & Jungner (3). Noen av disse er drøftet i Joakimsen & Fønnebøs artikkel (1). Det viktigste kriteriet er i liten grad diskutert: Den samlede nytte av screening må være større enn ulempe.

Hvordan skal vi kunne vurdere samlet nytte mot samlede ulemper? Det finnes metoder for å beregne helsegevinst alene (4) eller helsegevinst mot økonomiske kostnader (5). Pålitelig beregning av helsegevinsten forutsetter at det naturlige

forløpet av sykdommen er kjent og at behandlingseffekten er godt dokumentert. Ofte har man utilstrekkelig kunnskap om dette. Kan det for eksempel finnes undergrupper av tilsynelatende samme sykdom med ulikt forløp? Små kreftsvulster som oppdages gjennom brystkreftscreening – er det sikkert at de vil spre seg og føre til død? Kan den manglende reduksjon av dødelighet av brystkreft i mange land, til tross for utbredt tilbud om mammografi, skyldes at det særlig er langsomtvoksende svulster som identifiseres med mammografi? Man kan også reise spørsmålet om det er nyttig å få vite om sin prostatakreft eller sin økte risiko. Obduksjon av menn uten kliniske tegn til prostatalidelse viste latent prostatakreft hos 32 % (6). I Eide og medarbeideres studie hadde 16 % av menn i aldersgruppen 55 – 69 år forhøyet nivå av prostataspesifikt antigen (2).

Fordi man ofte ikke har tilstrekkelig kunnskap om sykdommens naturlige forløp eller om intervensjonseffekten til å kunne beregne helseeffekten av screening, mener mange at det bør foreligge resultater fra randomiserte studier av screening før et screeningprogram innføres. Det er imidlertid et paradoks at randomiserte studier av screeningeffekt er vanskelig å initiere og finansiere. Likevel er de diagnostiske testene i allmenn bruk og finansieres over trygdebudsjettet. Et eksempel på dette er at den randomiserte studien av ultralydscreening i 12. versus 18. svangerskapsuke i Trondheim ble stoppet (7). Samtidig averteres det fra privatpraksis om rutinemessig ultralydundersøkelse i 12. svangerskapsuke på Aftenpostens førsteside.

Beregning av helsegevinst av et screeningprogram samt utredning av alternative tiltak bør baseres på oppdatert vitenskapelig kunnskap. I vurdering av den samlede nytte ved et screeningprogram samt valg av eventuelle alternative forebyggende strategier inngår også økonomiske, sosiale, psykologiske og etiske sider. Dette er problemstillinger som ikke er medisinsk-faglige, men politiske. Grensen mellom fag og politikk er ofte utydelig. Verdispørsmål kan imidlertid også systematiseres og vektas for å lette beslutningsprosessen (8).

Skillet mellom undersøkelse på klinisk indikasjon og screening er uklart både i dagligtale og i praksis. I Rikstrykdeverkets retningslinjer for refusjon skal testing av beinmineralinnhold rekvireres av spesialist, og refusjon gjelder ikke for masseundersøkelser. Når er det klinisk indikasjon for testing av beinmineralinnhold? Familiær opphopning av sykdom regnes ofte som klinisk indikasjon. Det kan ikke være mange i Norge uten familiære tilfeller av beinbrudd. Har da alle rett til refusjon for slik diagnostikk? Og bør tilbudet være geografisk likt fordelt?

Forebyggende behandling er morgendagens helsemarked. Det er et begrenset antall mennesker som er syke og derfor trenger behandling. Det er imidlertid et nesten ubegrenset antall som kan få en ny sykdom eller tilbakefall av en tidligere sykdom. Så lenge det finnes engstelse for sykdom, diagnostiske tester, utsikter til behandling og omsorg, samt økonomisk vinning, vil det bli foretatt undersøkelser for latent sykdom.

Det finnes i dag liten oversikt over bruken av diagnostiske undersøkelser og forebyggende behandling hos asymptotiske personer. Årlig bruk av over en milliard kroner til refusjon av antihypertensiver og kolesterolsenkende

medikamenter antyder det forebyggende markedets størrelse når det gjelder hjerte- og karsykdommer. Samtidig diskuteres det om antihypertensiv behandling i det hele tatt forebygger hjerteinfarkt (9).

Før bruk av offentlige midler til forebygging av sykdom burde det være krav om beregninger av forventet effekt og om evaluering av tiltak. Vi mangler et uavhengig organ med en slik funksjon i Norge, noe som er etablert i enkelte andre land (10).

LITTERATUR

1. Joakimsen R, Fønnebø V. Bør det innføres screening for osteoporose i Norge? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 615 – 8.
2. Eide IA, Angelsen A, Øverland GB, Vada K, Vatten L. Vannlatingsplager og prostataspesifikt antigen i en norsk normalpopulasjon Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 553 – 6.
3. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. WHO Public Health Papers No 34. Genève: WHO, 1968.
4. Eskild A, Oxman A, Magnus P, Bjørndal A, Bakketeig L. Screening for toxoplasmosis in pregnancy: what is the evidence of reducing a health problem? J Med Screening 1996; 3: 188 – 94.
5. Stigum H, Magnus P, Samdal HH, Nord E. Human T-cell lymphotropic virus testing of blood donors in Norway: a cost effect model. Int J Epidemiol 2000; 29: 1076 – 84.
6. Harbitz TB, Haugen OA. Histology of the prostate in elderly men. A study in autopsy series. Acta Pathol Microbiol Scand 1972; 80: 765 – 8.
7. Eik-Nes S, Blaas H-G, Salvesen K. Ultralyd tidleg i svangerskapet. Aftenposten 1.11.1999: 14.
8. Magnus P, Eskild A. Risikoanalyse i forebyggende medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 889 – 92.
9. Behandling av mild hypertensjon. Konsensuskonferanse. Oslo: Norges forskningsråd, 1997.
10. Health Departments of the United Kingdom. First Report from the National Screening committee. UK 1998 (www.open.gov.uk./doh/nsc/nsc.htm).

Publisert: 20. februar 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.