
Sosiale forskjeller i forprosjektet for tarmkreftscreening

KRONIKK

PAULA BERSTAD

pabe@krefregisteret.no

Paula Berstad er cand.scient., ph.d. og seniorforsker ved Seksjon for tarmscreening, Krefregisteret.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNA LISA SCHULT

Anna Lisa Schult er ph.d., spesialist i indremedisin, medisinskfaglig rådgiver ved Seksjon for tarmscreening, Krefregisteret og overlege ved Gastromedisinsk avdeling, Bærum sykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

GEIR HOFF

Geir Hoff er dr.med., spesialist i fordøyelsessykdommer, rådgiver ved Seksjon for tarmscreening, Krefregisteret, rådgiver og forsker ved Sykehuset Telemark og professor emeritus ved Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

GISKE URSIN

Giske Ursin er cand.med., ph.d., direktør ved Krefregisteret, professor II ved Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo og professor emerita ved University of Southern California.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KRISTIN RANHEIM RANDEL

Kristin Ranheim Randel er cand.med., ph.d., og seksjonsleder ved Seksjon for tarmscreening, Kreftregisteret.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Deltagelse i tarmscreening varierer mellom ulike sosiodemografiske grupper. I forprosjektet for tarmscreeningprogrammet har man gjennom de siste ti årene sammenlignet deltagelsen blant dem som screenet seg hjemme og dem som møtte opp på sykehus for sigmoidoskopi. Kunnskapen kan brukes for å utvikle screeningprogrammet.

Målet med kreftscreening er å redusere dødeligheten og forekomsten av den kreftformen det screenes for. Et screeningprogram er effektivt hvis en stor andel av de inviterte deltar, spesielt de som har høyest risiko for å få sykdommen. Nyttan av tarmscreening er sterkt avhengig av antallet krefttilfeller som oppdages i et tidlig stadium og mulige forstadier til tarmkreft (polypper) som man finner og fjerner. Over det siste tiåret har det pågått et stort forprosjekt for det nasjonale tarmscreeningprogrammet ved Sykehuset Østfold og i utvalgte kommuner i Vestre Viken.

Vi kommenterer her noen av funnene rundt deltagelse og hvordan deltagelsen har variert blant ulike sosiodemografiske grupper. Et viktig prinsipp i norsk helsetjeneste er likhet for alle. Innføring av screening skal ikke øke, men redusere sosioøkonomiske forskjeller. Et særlig ønske har vært at sårbare grupper med høy kreftisiko skal delta i screeningtilbudet.

Test av to screeningmetoder

Vi undersøkte oppmøtet blant 117 000 inviterte til forprosjektet for det nasjonale tarmscreeningprogrammet (1). Dette forprosjektet var designet som en randomisert kontrollert studie og ble finansiert over statsbudsjettet. Det i seg selv viser at det har vært en god politisk forståelse for å ivareta en randomisert tilnærming til innføring av nye helsetilbud.

I forprosjektet ble man invitert til screening enten med sigmoidoskopi én gang ved et screeningsenter eller til gjentatt screening med test på blod i avføringen (2). Avføringsprøven ble gjennomført hjemme. Deltagerne fikk tilsendt testutstyr og returnerte prøven for analyse til laboratoriet. Oppslutningen var ca. 60 % ved første invitasjon i gruppen som fikk tilbud om avføringstest, og ca. 52 % i sigmoidoskopigruppen. Ved et positivt testresultat (kreft eller høy risiko for polypper påvist ved sigmoidoskopi eller over 15 µg hemoglobin per gram feces ved avføringstest, tilsvarende 75 ng/mL prøve/bufferoppløsning) ble

deltageren tilrådet en koloskopiundersøkelse ved et screeningsenter. Rundt 8 % av deltagerne hadde en positiv avføringstest. Blant dem som deltok i sigmoidoskopi, ble rundt 9 % henvist videre.

Større sosial ulikhet ved invasiv metode

Resultatene tydet på at dersom deltagelse i tarmscreening krever oppmøte på et sykehus, har enkelte samfunnsgrupper høyere sannsynlighet for å ikke delta. Studien viste at deltagelse i både sigmoidoskopi og screening med avføringstest hadde sammenheng med sosioøkonomisk status: Det var lavest deltagelse blant dem med lavest inntekt og utdanning. Å leve uten en partner, være født utenfor Norge og å ha kjøretid på mer enn 20 minutter til et screeningsenter predikerte også lavere oppmøte (1, 3). I tillegg var komorbiditet, spesielt diabetes og psykiske lidelser, forbundet med lavere deltagelse i screening både med sigmoidoskopi og avføringstest (1, 4). Alt dette kjenner vi til fra internasjonale studier (5–10). At dette også gjelder for norske forhold, har vi nå vist.

«Dersom deltagelse i tarmscreening krever oppmøte på et sykehus, har enkelte samfunnsgrupper høyere sannsynlighet for å ikke delta»

Det nye som er verdt å merke seg, er at sosioøkonomi påvirket deltagelsen i større grad ved screening med sigmoidoskopi enn med avføringstest. Forskjellen i oppmøte mellom de med høyest og lavest inntekt var større ved sigmoidoskopi, det samme gjaldt for personer født i utlandet versus i Norge og for dem med lang versus kort kjøretid til screeningsenter. De med høyest sosioøkonomi og norsk opprinnelse møtte opp i nesten like høy grad uansett screeningmetode, mens de med motsatte karakteristikk deltok i større grad hvis screeningtilbudet var en avføringstest fremfor sigmoidoskopi. Forprosjektet var gjennomført i områder der ingen av kommunene er rurale, og kjøretid til screeningsenteret for de aller fleste var godt innenfor to timer (11).

Vår studie antydte at screeningmetode påvirket sosial ulikhet i tarmscreeningstilbudet. Resultatene viste at screening med krav om oppmøte i et screeningsenter for en invasiv undersøkelse skapte større sosiale forskjeller i tilbudet enn avføringstesten som kunne tas hjemme. Noen av de samme ulikhetene i oppmøte gjaldt også for oppfølgende undersøkelse etter en positiv avføringstest.

Høyest risiko for tarmkreft

Å være oppmerksom på sosial ulikhet i screeningdeltagelse er spesielt viktig fordi forekomsten av tarmkreft er høyere hos dem med lavest sosioøkonomisk status (12). I den norske befolkningen gjelder dette spesielt etniske nordmenn, fordi forekomsten av tarmkreft er lavere i alle grupper født i utlandet sammenlignet med etnisk norske (13).

«Å være oppmerksom på sosial ulikhet i screeningdeltagelse er spesielt viktig fordi forekomsten av tarmkreft er høyere hos dem med lavest sosioøkonomisk status»

Potensialet for å forebygge tarmkreft ved hjelp av sunne levevaner er stort. Vi har tidligere vist at jo færre helseanbefalinger en deltager i tarmscreening oppfyller når det gjelder røyking, fysisk aktivitet, kroppsvekt, alkoholkonsum og inntak av bearbeidet og rødt kjøtt, jo større er sannsynligheten for å få påvist forstadier av tarmkreft eller tarmkreft ved screening (14–16). Dessuten har vi vist at de som oppfyller færrest helseanbefalinger, også har størst sannsynlighet for å droppe en eller flere runder av screening med avføringstest (17).

Nasjonalt screeningprogram

Utrulling av et nasjonalt tarmscreeningprogram i Norge er nå i gang. Screeningtilbudet ved oppstart er avføringstest. Det året man fyller 55 år vil man få tilsendt testutstyr. Screeningstesten gjentas annethvert år opptil fem ganger.

Stortinget har vedtatt at koloskopi én gang i livet ved 55 års alder gradvis skal erstatte avføringstesten som primær screeningmetode etter hvert som endoskopikapasiteten er tilstrekkelig ved helseforetakene. Det blir viktig å følge fordelingen av hvem som møter og hvem som ikke møter opp til koloskopiscreening, siden et mål i vår nordiske velferdsmodell er at hele befolkningen skal sikres lik tilgang til helsetjenester (18). Om koloskopi vil være en mer fordelaktig screeningmetode i et folkehelseperspektiv, er foreløpig uavklart. Skifte av primærscreeningmetode fra avføringstest til koloskopi er i programmet organisert slik at vi vil ha mulighet til å evaluere blant annet deltagelse ved de to metodene. Et forslag kunne være å vurdere et annet screeningtilbud, for eksempel en avføringstest, til den delen av befolkningen som ikke møter opp til koloskopi.

Konklusjon

Resultater fra det store forprosjektet for et nasjonalt screeningprogram for tarmkreft viser at deltagelse i tarmscreening var lavere hos dem med lav sosioøkonomisk status, høy komorbiditet, lang kjøretid til screeningsenter samt hos personer født i utlandet. Vi fant også at screeningsmetoden hadde betydning for deltagelse i gruppene som deltok i minst grad. Deltagelsen var høyere i disse gruppene hvis de ble invitert til å ta en avføringsprøve hjemme, sammenlignet med en sigmoidoskopiundersøkelse ved et sykehus.

«Deltagelse i tarmscreening var lavere hos dem med lav sosioøkonomisk status, høy komorbiditet, lang kjøretid til screeningsenter samt hos personer født i utlandet»

Innføring av koloskopi som primær screeningmetode vil i tillegg kreve gjennomføring av en rengjøringsprosedyre av tarmen før undersøkelsen. Dette kan gi enda høyere terskel for å velge å delta og muligens forsterke heller enn å utjevne de sosioøkonomiske forskjellene som ble sett i forprosjektet. På den annen side er det mange fordeler med bare én screeningrunde (koloskopi) framfor annethvert år (avføringstesting). Ved innføring av et nasjonalt tarmscreeningprogram blir det viktig å kontinuerlig overvåke og evaluere deltagelse og funn ved begge screeningmetodene når primær koloskopiscreening gradvis rulles ut. Det er mulig at det er lokale forskjeller i oppslutningen om tilbudet i områder der det i befolkningen er en høy andel med lav sosioøkonomisk status eller lang reisevei til screeningsenter.

REFERENCES

1. Botteri E, Hoff G, Randel KR et al. Characteristics of nonparticipants in a randomised colorectal cancer screening trial comparing sigmoidoscopy and faecal immunochemical testing. *Int J Cancer* 2022; 151: 361–71. [PubMed][CrossRef]
2. Randel KR, Schult AL, Botteri E et al. Colorectal Cancer Screening With Repeated Fecal Immunochemical Test Versus Sigmoidoscopy: Baseline Results From a Randomized Trial. *Gastroenterology* 2021; 160: 1085–1096.e5. [PubMed][CrossRef]
3. Berthelsen M, Berstad P, Randel KR et al. The impact of driving time on participation in colorectal cancer screening with sigmoidoscopy and faecal immunochemical blood test. *Cancer Epidemiol* 2022; 80: 102244. [PubMed][CrossRef]
4. Kirkøen B, Berstad P, Hoff G et al. Type and Severity of Mental Illness and Participation in Colorectal Cancer Screening. *Am J Prev Med* 2023; 64: 76–85. [PubMed][CrossRef]
5. Buron A, Auge JM, Sala M et al. Association between socioeconomic deprivation and colorectal cancer screening outcomes: Low uptake rates among the most and least deprived people. *PLoS One* 2017; 12: e0179864. [PubMed][CrossRef]
6. Deding U, Henig AS, Salling A et al. Sociodemographic predictors of participation in colorectal cancer screening. *Int J Colorectal Dis* 2017; 32: 1117–24. [PubMed][CrossRef]
7. Guiriguet C, Pera G, Castells A et al. Impact of comorbid conditions on participation in an organised colorectal cancer screening programme: a cross-

- sectional study. *BMC Cancer* 2017; 17: 524. [PubMed][CrossRef]
8. He E, Lew JB, Egger S et al. Factors associated with participation in colorectal cancer screening in Australia: Results from the 45 and Up Study cohort. *Prev Med* 2018; 106: 185–93. [PubMed][CrossRef]
 9. Jäntti M, Heinävaara S, Malila N et al. Sociodemographic features and patterns of non-participation in colorectal cancer screening in Finland. *Eur J Public Health* 2021; 31: 890–4. [PubMed][CrossRef]
 10. Lal N, Singh HK, Majeed A et al. The impact of socioeconomic deprivation on the uptake of colorectal cancer screening in London. *J Med Screen* 2021; 28: 114–21. [PubMed][CrossRef]
 11. Høydahl E. Ny sentralitetsindeks for kommunene. https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/330194?_ts=15fdd63c098 Lest 27.1.2023.
 12. Larsen IK, Myklebust TA, Babigumira R et al. Education, income and risk of cancer: results from a Norwegian registry-based study. *Acta Oncol* 2020; 59: 1300–7. [PubMed][CrossRef]
 13. Hjerkind KV, Qureshi SA, Møller B et al. Ethnic differences in the incidence of cancer in Norway. *Int J Cancer* 2017; 140: 1770–80. [PubMed][CrossRef]
 14. Knudsen MD, de Lange T, Botteri E et al. Favorable lifestyle before diagnosis associated with lower risk of screen-detected advanced colorectal neoplasia. *World J Gastroenterol* 2016; 22: 6276–86. [PubMed][CrossRef]
 15. Kværner AS, Birkeland E, Vinberg E et al. Associations of red and processed meat intake with screen-detected colorectal lesions. *Br J Nutr* 2022; 0: 1–36. [PubMed][CrossRef]
 16. Øvrum A, Gustavsen GW, Rickertsen K. Age and socioeconomic inequalities in health: examining the role of lifestyle choices. *Adv Life Course Res* 2014; 19: 1–13. [PubMed][CrossRef]
 17. Knudsen MD, Kvaerner AS, Botteri E et al. Lifestyle predictors for inconsistent participation to fecal based colorectal cancer screening. *BMC Cancer* 2022; 22: 172. [PubMed][CrossRef]
 18. Magnussen J, Vrangbæk K, Saltman RB. *Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challenges*. Berkshire: Open University Press, 2009.

Publisert: 27. mars 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0760
Mottatt 29.11.2022, første revisjon innsendt 9.1.2023, godkjent 27.1.2023.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 20. juni 2026.