

og Vestfold representerer 8 % av befolkningen og 5 % av landarealet i Norge. Dette geografiske området har både kyst, innland, fjell, urbane og grisgrendte områder. Når vi sorterer respondentene i vår lille undersøkelse på hvert av de to fylkene, er resultatet fortsatt ganske likt, selv om man kan hevde at Telemark og Vestfold er to svært ulike fylker. For eksempel synes henholdsvis 19 % og 20 % at det er en fordel med ett felles nødnummer i de to fylkene, og 67 % og 75 % at det var en fordel å kunne ringe medisinsk nødtelefon 113.

Bjelland skriver videre at forfatterens åpenbare preferanser kan ha påvirket helsepersonellet som innhentet samtykke i kartleggingen. Dette skulle kunne svekke den objektiviteten som spørreundersøkelser krever. Vi tror ikke det. Hovedhensikten med denne spørreundersøkelsen var å kartlegge tjenestekvaliteten i det aktuelle AMK-ansvarsområdet. Spørsmålet om nødnummer var et tilleggsspørsmål, uten sammenheng med de øvrige spørsmål. Ingen av spørsmålene ble stilt under telefonsamtalen. Telefonisk ble det kun spurt om det var vedkommende som hadde ringt på det angjeldende tidspunkt, og om vedkommende ville delta i en anonym spørreundersøkelse om tjenestekvaliteten.

Vi synes det derfor blir spekulativt når Bjelland hevder at våre preferanser i debatten om nødnummer kan ha påvirket respondentene *via* det helsepersonellet som spurte brukerne av 113 om de kunne tenke seg å delta i vår anonymiserte spørreundersøkelse. Hvis vi skal ta *så* mange metodiske forholdsregler som Bjelland antyder, før vi kan tillate oss å tolke pasientens ønsker i en klinisk hverdag, ja da blir livet fryktelig komplisert.

#### Jon Erik Steen-Hansen

Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark

#### Mads Gilbert

Universitetssykehuset Nord-Norge

#### Litteratur

1. Forenkling og effektivisering av nødmeldtjenesten. Oslo: Justis- og politidepartementet, 2004. [www.dinkom.no/FILES/justisdepartementet\\_om\\_112-nodnummer.pdf](http://www.dinkom.no/FILES/justisdepartementet_om_112-nodnummer.pdf). [12.4.2008].

## Ingen effekt av organisert screening for livmorhalskreft

Hovedmålsettingen med livmorhalskreftscreening var å redusere forekomsten med 50 % og dødeligheten med minst like mye (1). Haldorsen og medarbeidere skriver i Tidsskriftet nr. 6/2008 at forekomsten er redusert med 25 % (2). Bak dette tallet skjuler det seg imidlertid at forekomsten har sunket likt i alle aldersgrupper. For eksempel sank den med 27 % for kvinner over

74 år (2), dvs. kvinner som er for gamle til å ha deltatt i noe screeningprogram. Dette betyr at forekomsten har sunket like mye blant kvinner som har vært invitert til screening, som blant kvinner som ikke er invitert. Haldorsen og medarbeidere konkluderer med at innføringen «av en nasjonal koordinert screening mot livmorhalskreft har medvirket til en gunstig utvikling for sykdommen og prøvetakingen» (2). Jeg ville heller ha konkludert med at man ikke kan påvise noen effekt av organisert screening. Dette er et eksempel på hvordan statistikk kan brukes til å omskrive virkeligheten.

I artikkelen oppgis det at «Steinar Østerbø Thoresen har mottatt reisestøtte, forelesningshonorar og forskningsstøtte fra Merck/MSD og forelesningshonorar fra Roche». Ifølge VG mottok Thoresen kr 233 900 over noen få år bare fra Merck/MSD (3). Dette ble oppdaget av Riksrevisjonen. Ifølge Riksrevisjonen ble saken ikke anmeldt til Økokrim, fordi det ble ansett for å være en personalsak. «Slike pengeoverføringer har ett navn, og det er korrupsjon,» uttalte Dagfinn Høybråten til NRK Dagsnytt (4). Dette er også et eksempel på hvordan man kan omskrive virkeligheten. Finansiering av forskning fra legemiddelindustrien kan mer eller mindre ubevisst påvirke resultatene. Kreftregisteret har i tillegg mottatt 7 millioner kroner fra Merck/MSD mot at selskapet får tilgang til databasen for livmorhalskreftscreening (3). Det er ikke urimelig å anta at artikkelens konklusjon er påvirket av disse pengesummene.

#### Per-Henrik Zahl

Nasjonalt folkehelseinstitutt

#### Litteratur

1. Faglig rådgivningsgruppe for Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Kvalitetsmanual. Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Oslo: Kreftregisteret, 2005.
2. Haldorsen T, Skare G, Steen R et al. Livmorhalskreft etter ti år med offentlig koordinert screening. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 682–5.
3. Gjerding ML, Lia K. Kreftregister-topp fikk 233 900 kr. Personlig honorar fra legemiddelgigant. VG 27.12.2006. [www.vg.no/nyheter/innenriks/artikkel.php?artid=142546](http://www.vg.no/nyheter/innenriks/artikkel.php?artid=142546) [15.4.2008].
4. Høybråten: – Honorar til forsknings sjef er korrupsjon. NRK Dagsnytt 27.12.2006. <http://web3.aftenbladet.no/innenriks/article390798.ece> [15.4.2008].

## T. Haldorsen og medarbeidere svarer:

Det er ofte vanskelig å evaluere effekten av offentlige helsetiltak som er rettet mot hele befolkningen eller deler av denne. I større grad enn ved kliniske studier kan tiltakene få konsekvenser man ikke kan forutse omfanget av eller kontrollere. Slike konsekvenser kan være spredning av opplysning og kunnskap. Vi tror den offentlige koordinerte screeningen mot livmorhalskreft skapte en økt oppmerksomhet rundt sykdommen og på mulighetene for forebyg-

ging av den.. En økt bevissthet om sykdommen både i befolkningen og blant helsepersonell kan derfor ha kommet aldersgrupper andre enn 25–69 år til gode.

Videre kan det ved innføring av helse tiltak i befolkningen være vanskelig å definere behandlings- og kontrollgrupper når man vil vurdere effekten av tiltaket. Screening mot livmorhalskreft er basert på å finne forstadier til sykdommen og behandle disse. På grunn av sykdommens lange utviklingstid kan behandling i en aldersgruppe ha betydning for forekomsten av sykdommen i en aldersgruppe med langt eldre. Det medfører at det kan oppstå effekter i andre aldersgrupper enn de som inngår i screeningen. Per-Henrik Zahl har valgt å bruke kvinner over 74 år som «kontrollgruppe». Han overser at gruppen i perioden 2000–04 inneholder kvinner som har vært omfattet av den organiserte screeningen. Han overser også at målsettingen for programmet også gjelder prøvetakingsmønsteret. Zahl «ville heller ha konkludert med at man ikke kan påvise noen effekt av organisert screening». Grunnlaget for vår konklusjon er nedgang i prøvetallet på tross av økende befolkning, bedring i dekningsgraden og gunstig endring på aldersprofilen av prøvetakingen samt den observerte nedgang i forekomst av sykdommen for kvinner i alderen 25–69 år. I lys av dette blir Zahls konklusjon et eksempel på konkludering fjernet fra virkelighet og kvantitativ vitenskap. Det burde bekymre ham at han må forkaste sin egen konklusjon hvis han vurderte den etter de samme kriterier som han vurderer vår.

Zahl kommer ellers med insinuasjoner om enkeltpersoner og Kreftregisteret basert på dementerte og tilbakeviste påstander fra mediene. Steinar Ø. Thoresen var sammen med andre ikke-Merck-ansatte fagfolk medlem av styringsgruppen for Mercks internasjonale forsøk med vaksine mot HPV. For deltakelse i møter fikk han som andre dekket reiseutgifter og mottok honorar. Kreftregisteret hadde i forbindelse med vaksineforsøket en sekretariatsfunksjon og kvalitetskontrollerte oppfølgingen av de norske deltakerne, har ansvaret for langtidsoppfølgingen av studiepopulasjonen og har gjennomført en populasjonsbasert spørreundersøkelse. Merck har ikke hatt adgang til registre utover det andre eksterne forskere har. Spekulasjonene om påvirkning er grunnløse og selvmotsigende. Vi anser at denne delen av innlegget verken gir grunnlag for god faglig debatt eller er godt arbeid for folkehelsen.

#### Tor Haldorsen

Gry Baadstrand Skare

Rita Steen

Steinar Østerbø Thoresen

Kreftregisteret