

<b>Dokumenttype</b>	NOU 1987:7	<b>Dokumentdato</b>	1986-12-17
<b>Tittel</b>	Mammografiscreening i Norge. Masseundersøkelse for brystkreft.		
<b>Utvalgsleder</b>	Reitan Jon B		
<b>Utgiver</b>	Sosialdepartementet		
<b>Oppnevnt</b>	1985-11-08	<b>Sider</b>	88
<b>Kapittel</b>	2 Sammendrag		

I kap. 1 redegjøres det for bakgrunnen for og oppnevning av arbeidsgruppen.

Kap.3 omhandler forekomst og behandling av brystkreft. Brystkreft, cancer mammae, er den hyppigste kreftform hos kvinner og utgjør for tiden 24% av alle nye meldte krefttilfeller hos kvinner. I 1984 ble det meldt ca. 1.800 nye tilfeller, hvorav 66% forekom i alderen 40-74 år, og 6% i aldersgruppen under 40 år. Hyppigheten av sykdommen øker med alderen, og den har høy dødelighet. I de siste år er ca. 650 kvinner døde av brystkreft pr. år. Årsaken(e) til brystkreft er ukjent, men sykdommen er hyppigere hos kvinner med såkalte risikofaktorer. Sammenhengen mellom risiko for brystkreft og risikofaktorer er imidlertid ikke så sikker at et screeningprogram bare kan omfatte bestemte grupper av kvinner.

Brystkreft behandles i dag med kirurgi, stråler og cellegift avhengig av hvor langt sykdommen har utviklet seg. Dersom screening innføres forventes flere å få stillet diagnosen i et tidlig stadium. Hva som er det optimale behandlingsopplegg for denne etterhvert økende pasientgruppe i et screeningprogram, er foreløpig ikke helt avklart. For enkelte undergrupper av brystkreftpasienter må en forvente en noe endret behandlingsprofil.

De forskjellige behandlingstiltak som har vært brukt de siste 10-20 siste år har bare i begrenset grad virket inn på langtidsoverlevelse i forhold til 1950-årene.

I kap. 4 redegjøres for prinsipper ved screeningundersøkelser og hvilke krav som skal stilles til screeningmetoden. Videre redegjøres det for brukbarheten og nytten av mammografiscreening. Brystkreft er en sykdom som egner seg for et screeningprogram. Undersøkelsesmetoden som benyttes må ha høy grad av sikkerhet til å skille mellom friske og syke. Etter arbeidsgruppens vurdering er det i dag bare mammografi som er egnet til å brukes i et screeningprogram for tidlig diagnose av brystkreft.

I kap. 5 har arbeidsgruppen ut fra foreliggende materiale fra screeningundersøkelser i andre land vurdert muligheten for en reduksjon av dødelighet av brystkreft ved mammografiscreening. Det synes klart at en velorganisert mammografiscreening etter noen år vil gi en redusert dødelighet i aldersgruppen 50-74 år. Hvor stor reduksjonen blir er noe mer usikkert. Det kan ikke trekkes sikre konklusjoner om screening også i aldersgruppen 40-49 år vil gi redusert dødelighet. Dette kan skyldes for få krefttilfelle i de undersøkte materialer og følgelig få dødsfall, samt det valgte screeningintervall og den valgte teknikk. Flere land har vedtatt å igangsette screeningundersøkelser med mammografi.

Data fra utenlandske undersøkelser kan ikke overføres direkte til norske forhold. For å få en oversikt over hvordan situasjonen kan tenkes å bli i Norge ved screening har en i kap. 6 benyttet svenske data for å beregne hvor mange krefttilfeller en vil finne blant de undersøkte, hvilken endring man får i stadiefordeling og hvilken reduksjon man får i dødelighet. Under bestemte forutsetninger kan en anslå at etter at programmet har vært gjennomført i noen år, kan det spares fra 150 til 200 liv pr. år, avhengig av undersøkt aldersgruppe. En rekke forhold vil kunne føre til en redusert gevinst, derfor er kravet til kvalitet i alle ledd avgjørende.

Kap. 7 omhandler spesielle problemer knyttet til screening for brystkreft idet mammografiscreening ikke bare har utelukkende positive sider. Noen negative effekter er vanskelige å måle, som de psykologiske og mulig kreftrisiko ved gjentatt mammografi. Andre effekter er mer konkrete, som f.eks. det uungåelige faktum at noen krefttilfeller ikke blir funnet ved mammografiscreening, men oppdages mellom to undersøkelser (intervallkreft).

Ved mammografi vil en kunne finne forstadier til kreft (cancer in situ) som ved vanlig klinisk undersøkelse først ville blitt oppdaget måneder til år senere. Noen av forstadiene ville sannsynligvis heller ikke utviklet seg til kreft. Hvilke som utvikler seg til kreft har man i dag liten kunnskap om. Konsekvensen kan være overdiagnostisering av brystkreft. Videre kan det diskuteres hvordan man behandler disse pasienter på best mulig måte. Antall åpne biopsier (vevsprøve) er nært knyttet til mammografiscreeningens kvalitet. Pasienter med cancer in situ har meget god prognose.

Intervallkreft representerer et spesielt problem og har ført til diskusjoner om tiden mellom hver screeningundersøkelse for de lavere aldersgrupper. Om det ikke gis adekvat informasjon kan man risikere at kvinner som selv merker forandringer i brystene mellom to screeningundersøkelser unnlater å søke lege på grunn av falsk trygghet.

Bruk av mammografi til undersøkelser av kvinner uten symptomer, uten strukturerte innkallingsrutiner, oppfølgingsprogram og evaluering, bør etter arbeidsgruppens vurdering unngås.

Risikoen for kreftutvikling som følge av bestrålingen ved screeningen ansees for liten, i hvert fall for de høyere aldersgrupper.

De negative effekter må ikke sees på isolert, men sammenholdes med den gunstige effekt en screening kan få når det gjelder behandling og dødelighet av brystkreft.

I kap. 8 redegjøres for tekniske, fysiske og strålehygieniske forhold. Det må ved mammografi settes store krav til bildekvalitet. Dette forutsetter bestemte krav til utstyr, bruk og fremkalling. Hvis ikke disse kvalitetskrav oppfylles vil følgen kunne være dårlig eller uakseptabel bildekvalitet og for høy stråledose til pasienten. Dette kan ha konsekvenser for videre oppfølging og behandling av den enkelte pasient. Internasjonalt aksepterte strålehygieniske prinsipper må tilfredstilles.

Kap. 9 omhandler hvordan screening kan gjennomføres i Norge og hvilke krav som bl.a. må stilles til evaluering. På bakgrunn av at fylkeskommunene i dag har ansvaret for institusjonshelsetjenesten/spesialisthelsetjenesten anbefaler gruppen at ansvaret for mammografiscreening tillegges fylkeskommunen. Gruppen antar at dette er den beste måten å sikre rask oppfølging av de kvinner der det er gjort funn som krever dette.

Helsedirektoratet har det overordnede faglige ansvar for landets helsetjenester. Direktoratet bør derfor fastsette kvalifikasjonskrav og kapasitetskrav som skal imøtekommes før screening kan startes. Arbeidsgruppen anbefaler at det etableres Helsedirektørens rådgivende spesialistgruppe for mammografiscreening.

Fylkeskommunen bør etablere et mammografisenter som utøvende organ. Dette senter skal ha direkte kontakt med de kvinner som tilbys undersøkelse. Den praktiske gjennomføring av screening kan organiseres forskjellig avhengig av lokale forutsetninger.

Verdens Helseorganisasjon (WHO) understreker at en forutsetning for at screeningprogrammer skal gjennomføres er at det utarbeides planer for kontinuerlig evaluering. Dette gjelder de medisinskfaglige såvel som det tekniske og organisatoriske apparat.

Gruppen foreslår derfor at det opprettes et eget sentralregister ved Kreftregisteret for å sikre en landsomfattende registrering. Dette register vil være basis for den kontinuerlige oppfølging og vurdering av screeningprogrammet.

En rekke rettslige forhold (rettssikkerhet og personvern m.v.) må avklares før screening kan starte opp.

I kap. 10 har arbeidsgruppen vurdert nødvendig kapasitet, personellbehov og utdanning ved mammografiscreening. Til grunn for beregningen er lagt data fra svenske screeningundersøkelser overført på norske forhold.

Mammografi er i dag lite utbredt i Norge. Det utstyr som finnes må tildels fornyes, slik at det må anskaffes utstyr både til screening og klinisk mammografi samt fremkallingsutstyr.

Screening vil, uansett hvilke aldersgrupper som velges, gi en økning i antall kvinner som skal videreutredes og eventuelt behandles. Dette gjelder for alle spesialiteter som er involvert.

Innen kirurgi, patologi og onkologi antar arbeidsgruppen at hva angår legeårsverk vil dette kunne absorberes innenfor dagens stillingsantall. Det vil være behov for en viss økning av annet personell. Behov for eventuell

økning av strålebehandlingskapasiteten er vanskelig å anslå.

Innen radiologi vil det være behov for personelløkning både hva angår legeårsverk og annet personell.

En forutsetning for å kunne gjennomføre screening er at personellet sikres en tilstrekkelig kompetanse gjennom videre- og etterutdannelse. Dette gjelder for alle de ulike helsepersonellgrupper.

I tillegg til økede personellbehov som er skissert i kap. 10, er det i kap. 11 redegjort for hvilke personellmessige konsekvenser et screeningprogram vil føre til administrativt i fylkeskommunene og sentralt.

Kap. 12 omhandler de økonomiske konsekvenser av arbeidsgruppens vurderinger. De samlede brutto utgifter ved innføring av mammografiscreening i hele landet for aldersgruppen 50-74 år er beregnet til ca. 30.5 mill. kr. i investeringer og ca. 32 mill. kr. pr. år i driftsutgifter de to første årene. Etter første screeningrunde vil de årlige driftsutgifter synke til ca. 29 mill. kr. pr. år (eksl. renter). Det vi så bli "topper" i utgiftene i de årene utstyret må fornyes.

Hvis utstyrsbevilgningen skal fordeles jevnt over tid vil de samlede utgifter bli ca. 68 mill. kr. det første året, ca. 38 mill. kr. det andre og ca. 35 mill. kr. senere år. Med mobile enheter blir de tilsvarende utgifter 76 mill. kr. det første året, 40 mill. kr. det andre og 37 mill. kr. senere.

Dersom aldersgruppen 40-49 år inkluderes vil utgiftene økes med ca. 50%.

For aldersgruppen 50-74 år blir gjennomsnittlig kostnad pr. screenet kvinne over en 20-årsperiode ca. kr. 168 pr. år. Pr. krefttilfelle blir gjennomsnittskostnaden ca. kr. 42.000. For aldersgruppen 40-74 år blir kostnadene pr. kvinne lavere (ca. kr. 143 pr. år) og pr. oppdaget krefttilfelle høyere (ca. kr. 48.000).

Alternativet med stasjonære enheter er billigere, men tilleggs kostnader kan fordyre dette. For eksempel kan det bli aktuelt å vurdere om reiseutgifter til screening skal dekkes over folketrygden. Videre kan ombygginger medføre endel ekstrakostnader.

Beregningene er beheftet med usikkerhet. Dette fordi gruppens forslag vedrørende mammografiscreening bygger på en rekke faktorer som er beheftet med varierende grad av usikkerhet, f.eks. aldersgrupper og screeningintervall.

Innføring av mammografiscreening vil medføre at det behandles flere pasienter med brystkreft i stadium 1 og tilsvarende færre i stadium 2+ i forhold til i dag. Det er vanskelig å si om dette vil føre til besparelser når det gjelder strålebehandling og annen kreftbehandling. Inntektene til sykehusene vil øke beskjedent på grunn av noe økt poliklinisk aktivitet. Blir det innkrevet egenandel for selve screeningundersøkelsen kan inntektene bli betydelige.

Den reduserte dødelighet medfører at flere kvinner kan leve et fortsatt yrkesaktivt liv med de samfunnsøkonomiske fordeler det innebærer. I tillegg til dette kommer de rent menneskelige og sosiale aspekter hvor "besparelsene" ikke kan måles i kroner.

I kap. 13 fremkommer arbeidsgruppens sammenfattende vurdering. Gruppen mener at mammografiscreening under bestemte forutsetninger kan føre til redusert dødelighet av brystkreft i aldersgruppen 50-74 år, og anbefaler at forholdene legges til rette for screening av denne aldersgruppen.

For kvinner over 75 år foreligger ikke data som kan gi grunnlag for sikre konklusjoner om nytteverdien av mammografiscreening. Arbeidsgruppen foreslår imidlertid at kvinner over 75 år bør gis et frivillig mammografertilbud fordi krefthyppigheten er høy i denne aldersgruppen og de har i dag de fleste langtkommende krefttilfeller.

Beslutningsgrunnlaget for eller imot mammografiscreening i aldersgruppen 40-49 år er en kompleks avveining. På grunnlag av de utenlandske screeningundersøkelser arbeidsgruppen har redegjort for kan det ikke trekkes sikre konklusjoner om kvinner i denne aldersgruppen vil oppnå redusert dødelighet gjennom mammografiscreening, men erfaringer fra de over 50 år kan tyde på det.

Arbeidsgruppen har under tvil kommet til at kvinner i alderen 40-49 år bør tilbys screening. For å oppnå den forventede reduserte dødelighet anbefales at man intensiverer screeningprogrammet for denne gruppen (årlig undersøkelse med 2 bilde-teknikk).

Arbeidsgruppen vil ikke tilråde screening i aldersgruppen 39 år og

lavere, dette fordi antall krefttilfeller i gruppen er lite, og at mammografiscreeningens evne til å avsløre hvorvidt kreft foreligger er dårlig.

---