

Dokumenttype NOU 1987:8 **Dokumentdato** 1986-12-10

Tittel Masseundersøkelse for kreft i livmorhalsen.

Utvalgsleder Kjørstad Kjell

Utgiver Sosialdepartementet

Oppnevnt 1985-05-31 **Sider** 69

Kapittel 2
Sammendrag

I kap. 3 gis først en beskrivelse av sykdommen og dens naturlige forløp, fra forstadiet til avansert cancer. Deretter behandles sykdommens epidemiologi i Norden. Her i landet har man, i likhet med de fleste vestlige land, notert at hyppigheten av livmorhalskreft har vist en synkende tendens de senere år. Denne tendens har kommet senere i Norge enn i de øvrige nordiske land, og insidensen av kreft i livmorhalsen er fremdeles høyere i Norge enn i andre land i Norden, bortsett fra Danmark.

Det konkluderes med at den målbare effekten av den økede cytologiske prøvetaking som har funnet sted i vårt land i hovedsak har kommet yngre aldersgrupper til gode, idet insidensen og mortaliteten av cervixcancer har sunket i alderen 30 til 49 år, mens den er uendret i gruppen over 70 år. I de eldste aldersgrupper er mortaliteten av cervixcancer uendret og meget høy. I aldersgruppen under 30 år er det heller ingen reduksjon, men hos kvinner under 25 år er hyppigheten meget lav. Dette tilsier at kvinner fra 25 år bør inkluderes i masseundersøkelsesprogrammet.

I kap. 4 etter en innledende analyse, konkluderes det med at cervixcancer er en sykdom egnet for screening. Deretter er screeningmetoden, cervixcytologisk prøvetaking, behandlet. Videre er det foretatt en analyse som viser at den nåværende laboratoriekapasitet er tilstrekkelig for et landsdekkende tilbud til alle kvinner i de aktuelle aldersgrupper. Det må være en oppgave å redusere unødig prøvetaking og å fordele dagens prøvevolum til beste for hele den kvinnelige befolkning. Ved en slik omfordeling vil man på noe lengre sikt kunne oppnå en reduksjon i antall årlige prøver.

Kap. 5 beskriver cervixcytologiske masseundersøkelser i Norge. Utvalgets mandat spesifiserer at resultatene fra Østfoldundersøkelsen skal analyseres nøye, og undersøkelsen har vært av stor betydning for utvalgets konklusjoner. Østfoldrapporten konkluderer med at screeningtilbudet i Østfold reduserte såvel hyppighet som dødelighet i de screenede aldersgrupper. Resultatene i Østfold er i overensstemmelse med den tendens som er sett i landet forøvrig. Eldre kvinner hadde ikke samme nytte av programmet som yngre, noe som kan ha sammenheng med fremmøteprosenten. Utvalget konkluderer derfor med at man bør prøve å få så stor fremmøteprosent som mulig. Dette medfører at ikke-møtte bør innkalles på nytt.

Tromsøundersøkelsen viser at de organisatoriske problemer i forbindelse med innkalling og kontroll av større befolkningsgrupper lar seg løse med relativt beskjedne midler. En forutsetning er at man har mulighet for personidentifikasjon. Det foreligger ikke tilstrekkelig erfaring fra Tromsø-prosjektet til å kunne si om det vil vise seg effektivt.

Kap. 6 beskriver erfaringer fra de andre nordiske land. Finland, Island og Sverige innførte landsomfattende screeningprogrammer i 1960-årene med forskjellig startår, aldersgrenser og intervaller. I Danmark har det vært screening i enkelte amtskommuner, men ikke noe nasjonalt program. Den samme tendens har vist seg i alle land som har evaluert sine screeningprogrammer, nemlig først en stigning, så et fall i hyppigheten av cervixcancer og deretter et fall i dødeligheten. Dette gjelder også de nordiske land, der forskjellen mellom de tre land som har programmer og de som hittil ikke har hatt det (Danmark og Norge), er tydelig. I 1986 kom det i Danmark en offentlig utredning som anbefaler et screeningprogram etter omtrent de samme retningslinjer som utvalget går inn for.

Det er holdepunkter for at en sentral, ansvarlig leder for nasjonale programmer og en datastyrt personinnkalling ved hjelp av folkeregistre er

nødvendige forutsetninger for at masseundersøkelser skal få optimal effekt.

På bakgrunn av de samlede erfaringer som er fremlagt i kap. 1-6 har utvalget funnet at organiserte masseundersøkelser med all sannsynlighet fører til en nedgang av insidensen og dødelighet av cervixcancer i de screenede aldersgrupper. Selv om man i Norge ser en synkende tendens i hyppighet av cervixcancer, er det klart at den ustrukturerte prøvetaking som finner sted ikke gir optimalt utbytte med hensyn til de yngste og de eldste aldersgrupper.

Kap. 7 oppsummerer utvalgets anbefalinger. Det foreslås et organisert screeningprogram med personlig innbydelse til cytologisk prøve hvert tredje år til alle kvinner mellom 25 og 70 år. Styring og evaluering av programmet bør gjøres av en sentral registreringsenhet.

Kap. 8 er en gjennomgang av forslaget til nasjonalt screeningprogram, herunder anbefaling om aldergrupper og intervaller. Utvalget finner det ikke berettiget å anbefale spesielle intervaller for kvinner som bruker P-piller eller livmorinnlegg ("spiral"). For prøver som tilsier ny eller videre undersøkelse må innkallings- og kontrollrutiner skjerpes i forhold til i dag. Prøvene bør som hovedregel tas av kvinnens faste primærlege. Kommunehelsetjenesten får ansvar for å legge forholdene til rette for programmets gjennomføring. Et handlingsprogram finnes i vedlegg 4.

Programmets gjennomføring, med sentral styring og evaluering, forutsetter innføring av en standard remisse som skal følge den cytologiske prøven til laboratoriet. Remissen må ha selvkopierende gjennomslag for nøkkelopplysninger, som dels går tilbake til henvisende lege (og en kopi som brukes som brev fra legen til kvinnen), dels til den sentrale enhet. Registreringen baseres på maskinlesbare remisser/medier.

Videre presiseres behovet for informasjon og opplæring til alle som kommer i kontakt med programmet, både administratorer, helsepersonell og de kvinner som oppfordres til å delta.

Deretter følger forslag til bemanning, lokalisasjon og mandat for den sentrale registreringsenheten.

Kap. 9 og 10 behandler administrative og økonomiske konsekvenser. Den sentrale enhet er en forutsetning for gjennomføring og evaluering av programmet. Tilknytning til og samarbeidsformer med eksisterende enheter (Kreftregisteret, Statens helseundersøkelser og andre) antydes, uten at utvalget vil gå inn for en bestemt modell som den ubetinget beste.

Det gis et estimat over antall innkallinger og antall prøver pr. år. Dagens laboratoriekapasitet antas å være tilstrekkelig for å dekke utvalgets forslag.

Utvalget foreslår at betalingsformen til lege som tar prøvene og til laboratoriet i prinsippet skal være lik dagens ordning. Det foreslås at kvinnene betaler egenandel.

De totale årlige utgifter til sentralenheten er beregnet til vel 6 mill. kr. Da programmet etter hvert vil bidra til et redusert antall årlige prøver på grunn av økt intervall i forhold til i dag vil totale utgifter bli redusert. Samtidig legger programmet opp til en bedret fordeling av prøver i aktuelle aldersgrupper (bedre sosial profil).

I kap. 11 har utvalget utredet rettslige spørsmål som angår de berørte kvinners integritet og personvern. I denne sammenheng er det spesielt lagt vekt på forholdet til den lovbestemte taushetsplikt og reglene om konsesjon for opprettelse av personregister. Utvalget har videre utredet enkelte rettslige aspekter i tilknytning til kommunenes og laboratorienes detagelse i programmet.