

# Full strid om mammografiscreening igjen



Nyheter og reportasjer

**Nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet er ute i hardt vær. Vedtaket om at mammografi ikke bør prioriteres som et offentlig helsetilbud, har utløst en storm av protester fra publikum, presse og fagmiljøer. Selv om Helsedepartementet garanterer for screeningprogrammets fremtid, er det ikke snakk om en totalfredning. Justeringer kan komme.**

Det vakte stor oppsikt da lederen for Nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet, Idar Magne Holme (1), samme dag som rådets vedtak ble kunngjort, gikk ut i NRK og advarte mot en udokumentert strålefare ved mammografi. Skremselspropaganda, svarte pressen (2), men det som etter manges mening setter Holmes utspill i et underlig lys, er at problematikken rundt strålingsfaren ikke er nevnt i selve vedtaket fra prioriteringsrådet.

## Et av flere spørsmål

Overfor Tidsskriftet forsvarer Holme seg med at strålefarene er omtalt i en ny rapport om nytten av mammografi som Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) har utarbeidet (3). SMM-rapporten er bestilt fra Sosial- og helsedirektoratet, og det er blant annet konklusjonene i denne rapporten prioriteringsrådet støtter seg til.

Men den 70 sider lange rapporten problematiserer så å si ikke strålingsfaren ved mammografi, med unntak av et avsnitt der man slår fast at det trengs flere studier på dette området.

– Hvorfor har du da gjort dette til et sentralt poeng i din argumentasjon?



Idar Magne Holme

– Det jeg prøver å få frem, er at vi vet for lite om de negative konsekvensene av mammografi, for eksempel bivirkninger i form av strålerelaterte skader. Farene ved stråling er imidlertid bare ett av flere uavklarte spørsmål som tas opp i SMM-rapporten. Andre og vel så sentrale temaer er overdiagnostikk og overforbruk av mammografiundersøkelser, sier Idar Magne Holme.

## Uavklart

Prioriteringsrådet retter oppmerksomheten mot to hovedforhold: effekten av screening på brystkreftdødelighet samt tiltakets kostnadseffektivitet (se egen ramme). Idar Magne Holme sier at man på ingen måte avviser at mammografi har effekt, men at man ikke finner tilstrekkelig grunnlag for å gi denne typen screening høy prioritet i offentlige budsjetter.

– Dette er en viktig forskjell. Et flertall i rådet mener at mammografi alt i alt er et positivt tiltak, men spørsmålet er om effekten er sterk nok til å forsvare ressursbruken, sier Holme. Å bruke 120–150 millioner kroner årlig på brystkreftscreening, påpeker han, må veies opp mot andre tiltak som å øke strålebehandlingskapasiteten eller tilføre flere ressurser til palliativ kreftomsorg. Vi har konkludert med at det er behov for mer forskning om fordeler, ulemper og kostnader ved brystkreftscreening.

– Hva er grunnlaget for konklusjonen?

– Vi har vurdert mammografiscreening ut fra prioriteringskriteriene som Lønning II-utvalget la til grunn: alvorlighetsgraden av tilstanden og tiltakets nytte og kostnadseffektivitet.

– Hvilken dokumentasjon støtter rådet seg til?

– Det viktigste er rapporten fra Senter for medisinsk metodevurdering. Rådet har også innhentet ekspertvurderinger, i første rekke om helseøkonomiske aspekter rundt kostnadseffektivitet.



Nei til mammografiscreening, mener Nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet. Helsedepartementet vil ikke følge rådet – ikke foreløpig. Illustrasjonsfoto

## Nyttevurdering

Bakgrunnen for at prioriteringsrådet har tatt opp saken, er ifølge Holme at Helsedepartementet og Sosial- og helsedirektoratet har drøftet behovet for å evaluere mammografi-programmet. Som en del av dette arbeidet ble Senter for medisinsk metodevurdering i vår bedt om å vurdere nytten av mammo-grafi.

– Senter for medisinsk metodevurdering gikk i gang med arbeidet parallelt med dis-kusjonen i prioriteringsrådet. Rapporten ble så klar i begynnelsen av august. På forhånd var det bestemt at både direktoratet og prio-riteringsrådet skulle uttale seg om rapporten

for den ble sendt til departementet. Det er dette vi har gjort, sier Holme.

– Hvorfor det veldige hastverket?

– Når vi fikk spørsmålet fra departemen-tet, var det viktig å handle fort. Den pågåen-de debatten i fagmiljøene har også ført til mange henvendelser om nytten av det nasjo-nale programmet, sier han.

– Hvordan ser du på at departementet, sam-me dag som rådets vedtak ble kjent, gikk ut med at mammografiprogrammet ikke skulle røres?

– Jeg kjenner ikke bakgrunnen for at de-partementet var så tidlig ute, men jeg er overrasket over denne reaksjonsmåten. Det

gir liten mening i å gå i dybden i en sak der-som oppdragsgiveren ikke tar seg tid til å vurdere de anbefalingene vi kommer med, sier Idar Magne Holme.

## Mammografiprogrammet ikke fredet

Statssekretær Kristin Ravnanger i Helsede-partementet sier at departementet ikke har bedt prioriteringsrådet om å vurdere mam-mografi: – Rådet står fritt til å ta opp saker og uttale seg om hva det vil. Det er ikke de-partementet som bestemmer rådets agenda.

– Hvorfor avviste departementet rådets ved-tak samme dag som det ble kjent?

# Sentrale innspill i debatten

## Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin

I et brev til helseminister Dagfinn Høy-bråten i desember 2001 (4) fraråder Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin at mammografiscreening blir et landsdekkende tilbud til kvinner i alderen 50–69 år: I stedet anbefaler komiteen at mammografi prosjektet gjennomføres som et forskningsprosjekt og at informa-sjonen til kvinnene endres.

– Etter 30 år med mammografiundersø-kelser ser vi «resultatene» av forskning av dårlig kvalitet og innføring av helsetje-nestetilbud uten forskning: Vi har ingen sikre data, heller ikke for effekt på kvin-ners helse, og står tilbake med stor usik-kerhet når vidtrekkende beslutninger skal treffes.

– I mange undersøkelser er det en tendens til at forskere, med ulike interesser og innfallsvinkler, vil fortolke det samme datamaterialet på ulike måter, selv der metode og design er forholdsmessig god.

– Informasjonen til kvinner er for optimis-tisk i forhold til hva man har muligheter til å tilby. Det optimistiske anslag om minst 30% reduksjon i dødelighet gjentas i stats-budsjetter og informasjonen uten at det fin-nes et utvetydig grunnlag for optimismen.

## Senter for medisinsk metodevurdering

En ny rapport fra Senter for medisinsk metodevurdering konkluderer med at mammografiscreening reduserer bryst-kreftdødeligheten i aldersgruppen 50 til 69 år med 6–27% (3), men påvirker ikke totaldødeligheten i gruppen. Rapporten, som er en litteraturgjennomgang av sys-tematiske oversikter og metaanalyser et-ter 1995, slår også fast:

– at falskt positive undersøkelser er et re-elt problem. Basert på tall fra England og Danmark vil 10–14% av kvinnene få falskt positiv test etter tre screeningrun-

der, og andelen vil øke for hver ny runde (kumulativ risiko).

– at mammografiscreening ikke beskytter mot utvikling av kreft mellom screenin-grundene, såkalt intervallcancer. Minst en av fem brystkrefttilfeller i et screening-program blir diagnostisert mellom scree-ningrundene. Kvinnene må ha kjennskap til dette fenomenet, understreker rappor-ten.

– at mammografiscreening øker antall brystkrefttilfeller ved påvisning av tilfel-ler av ductal carcinoma in situ (DCIS), men at man ikke vet hvilke DCIS-tilfeller som trenger behandling, og hvilke som ikke gjør det.

– at eksisterende kostnad-nytte-estimerer for mammografiscreening i Norge er sprikende og ikke egnet som grunnlag for å ta beslutninger om prioritering.

## Rådet for prioritering i helsevesenet

Prioriteringsrådet mener at det er util-fredsstillende data om effekten på døde-lighet og etterspør dokumentasjon av kostnad-nytte-effekten ved mammografi. Rådet viser til at «screeningtiltak i alders-gruppen 50–69 år reduserer risikoen for kvinner over 50 år til å dø av brystkreft fra i underkant av 3% til i overkant av 2%. Hos yngre kvinner er den forventede effekten enda mindre», hevdes det.

Rådet peker på at en mammografiun-dersøkelse koster ca. 500 kroner. I stats-budsjettet for 2002 er det bevilget minst 122 millioner kroner til det nasjonale screeningprogrammet. Beregninger viser at med en forventet reduksjon i bryst-kreftdødelighet på 2–3%, vil kostnadene per unngått tidlig dødsfall være i størrel-sesorden 1–3 millioner kroner.

«Dette tallet er i seg selv ikke veldig høyt sammenliknet med kostnader ved en del andre offentlige behandlingstilbud for alvorlige sykdommer. Men en fullstendig kostnad-effekt-analyse må også omfatte

kostnader ved en unødvendig behandling, innsparte behandlingstkostnader blant forebyggende tilfeller, og virkninger på livskvalitet. Det foreligger per i dag ikke en slik fullstendig analyse.»

Rådet konkluderer med at det ikke er grunnlag for å gi screening for brystkreft høy prioritet i offentlige budsjetter, og at dagens ordning med lav egenandel bør derfor erstattes med vesentlig høyere egenandel eller full egenbetaling.

## Kreftregisteret

Kreftregisteret retter kritikk mot priorite-ringsrådets vurdering av nytten av mam-mografi. Kreftregisteret spesifiserer at «en reduksjon i absolutt dødelighet fra i underkant av 3% til i overkant av 2%, til-svarer en relativ reduksjon i dødelighet på omlag 30%. I antall liv tilsvarer det over 200 per år».

Videre understreker registeret at tidlig påvisning av svulster ved mammografi gir pasientene mulighetene for en mer skånsom behandling, f.eks. brystbevaren-de kirurgi, samt behov for mindre adju-vant behandling. «Alt i alt fører dette til at screening øker livskvaliteten til bryst-kreftpasienter,» mener Kreftregisteret.

Når det gjelder spørsmålet om overdi-agnostisering, påpeker Kreftregisteret at av de 3–4% av kvinnene som må ha etter-undersøkelser, blir 65% av tilfellene av-klart ved å ta supplerende bilder. I de re-sterende 35% er det nødvendig med cyto-logi eller biopsi. 16–18% av dem som etterundersøkes har brystkreft.

Kreftregisteret mener videre at stråle-belastningen ved mammografiscreening kan neglisjeres, og konkluderer med føl-gende: «Mammografi programmet er fo-kusert på definerte kvalitetsindikatorer og alle prosedyrer og resultater blir doku-mentert. Programmet er dermed blitt et eksempel på hvordan moderne somatisk helsevesen kan organiseres med den mest effektive bruk av ressursene.»

– Departementet har ikke avvist prioriteringsrådet. Det vi sier, er at det på bakgrunn av internasjonal konsensus og Stortingets vedtak om å innføre mammografiscreening i alle landets fylker, ikke er grunnlag for å avvikle mammografiprogrammet. Men det betyr ikke at endringer og justeringer ikke kan bli gjort, sier statssekretæren.

– Hva er bakgrunnen for at saken kommer opp nå?

– Foranledningen var en henvendelse fra Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin i desember 2001, der komiteen argumenterte for å organisere mammografiprogrammet som et forskningsprosjekt. Departementet og Sosial- og helsedirektoratet har bedt om en vurdering av nytten av mammografiscreening fra Senter for medisinsk metodevurdering, og det har vi fått. Prioriteringsrådet har uttalt seg, men departementet har

ennå ikke drøftet SMM-rapporten eller tatt noen beslutninger i saken.

– Hvordan vil departementet arbeide videre med mammografisaken?

– Vi vil, når saken i sin helhet er blitt vurdert i Sosial- og helsedirektoratet, vurdere eventuelle justeringer av mammografiprogrammet. Hva slags justeringer det kan bli aktuelt å gjøre, er det ennå for tidlig å si noe om, sier Kristin Ravnanger.

### Venter på direktoratet

Sosial- og helsedirektoratet ville ikke kommentere saken overfor Tidsskriftet i slutten av august. Beskjeden vi fikk fra fungerende direktør Gunn-Elin Bjørneboe var at direktoratet måtte ha mer tid til å drøfte saken internt. En nærmere avklaring fra direktoratet er ventet en av de første ukene i september.

– Tom Sundar, *Tidsskriftet*

*tom.sundar@legeforeningen.no*

## – Prioriteringsrådet skremmer norske kvinner

**Steinar Østerbø Thoresen i Kreftregisteret mener at prioriteringsrådets utspill skremmer norske kvinner istedenfor å opplyse dem. Han kritiserer også rådet for å ha tenkt for lite på hvilke uheldige konsekvenser det vil ha dersom det offentlige mammografitilbudet bygges ned.**

– Det forundrer meg at Idar Magne Holme går ut offentlig og påstår at mammografi er forbundet med strålingsfare. Jeg vet ikke hvor Holme har dette fra, men utsagn som dette er bare med på å spre frykt blant norske kvinner. Dessuten svekker det tilliten til prioriteringsrådet, sier Steinar Østerbø Thoresen, som er prosjektleder for mammografiprogrammet i Kreftregisteret.

Han fremholder at det er trygt for kvinner å ta mammografi, og understreker at Statens strålevern har ansvaret for de strålehygieniske forholdene knyttet til mammografiprogrammet.

– Stråledosene som benyttes ved mammografi er minimale, og mindre enn tidligere. Sett i forhold til andre typer risikoen tilsvarende en mammografiundersøkelse en lang flytur, sier Thoresen.

### Redder liv

Strålefarene er et av flere forhold som Kreftregisteret drøfter i et tilsvarende svar til prioriteringsrådet, som kan leses i sin helhet på Legeforeningens nettsider (1). Thoresen og medarbeidere peker på svakheter ved prioriteringsrådets argumentasjon. En av de viktigste innvendingene er rettet mot rådets fremstilling av dødelighetsdata.

– En reduksjon i absolutt dødelighet fra i underkant av 3 % til i overkant av 2 %, slik prioriteringsrådet skriver, tilsvarende en relativ

reduksjon i dødelighet på omlag 30 %. I antall liv tilsvarende det over 200 per år, men dette poenget fremkommer ikke i rådets uttalelse, sier Steinar Thoresen.

Han avviser også at overdiagnostikk av brystkreft på grunn av falskt positive undersøkelser er et stort problem, slik han mener rådet fremstiller saken.

– I mammografiprogrammet må 3–4 % av kvinnene ha etterundersøkelser, men i 65 % av disse tilfellene blir røntgenfunnet avklart ved å ta supplerende bilder. Bare i de resterende 35 % av tilfellene er det nødvendig med cytologi eller biopsi. Våre tall viser at 16–18 % av dem som etterundersøkes, har brystkreft, sier Thoresen.

Han hevder at det internasjonalt er økende oppslutning rundt brystkreftscreening, både blant forskere og beslutningstakere. Det siste halve året har blant annet Verdens helseorganisasjon, National Cancer Institute i USA og den svenske Socialstyrelsen erklært at mammografiscreening er et effektivt folkehelseiltak.

– Også i Norge begynner vi å få flere og bedre data som viser at mammografiscreening nytter. Dette må ikke ignoreres av norske myndigheter, sier kreftforskeren.

### Dyrere og dårligere

Kreftregisteret mener prioriteringsrådet gjør en grov feil ved å så tvil om kostnadseffektiviteten ved mammografiprogrammet uten å drøfte hvilke helseøkonomiske konsekvenser det vil ha å avvikle det offentlige mammografitilbudet.

«Dersom screening nedprioriteres, vil en selektert gruppe kvinner oppsøke uorganisert screening. Regningen for dette vil for en stor del bli belastet det offentlige systemet,» skriver Kreftregisteret, som mener at det i

### Litteratur

1. Sundar T. Idar Magne Holme: Skal trekke prioriteringsrådet ut av dvalen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1830–1.
2. Hafstad A. Skremselspropaganda. *Aftenposten* (morgenutgave) 28.8.2002.
3. Screening for brystkreft. En oppsummering av kunnskapsstatus per august 2002. SMM-rapport nr. 4/2002. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering, 2002.
4. Brev til helseminister Dagfinn Høybråten fra Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin 17.12.01. Mammografiscreening – utvidelse til landsomfattende tilbud ([www.etikkom.no/NEM/01/mammografi.htm](http://www.etikkom.no/NEM/01/mammografi.htm)) 2.9.2002.
5. Screening for brystkreft ([www.shdir.no/index.db2?id=1564](http://www.shdir.no/index.db2?id=1564)) 2.9.2002.
6. Kreftregisterets kommentar til vedtak fra Rådet for prioriteringer i helsevesenet ([www.legeforeningen.no/index.db2?id=11307](http://www.legeforeningen.no/index.db2?id=11307)) 2.9.2002.



Steinar Ø. Thoresen

første rekke vil være kvinner med dårlig økonomi som blir rammet: «Ved å innføre en høyere egenandel vil mange kvinner ikke prioritere å delta, og det er uheldig i et folkehelseperspektiv.»

Steinar Østerbø Thoresen trekker paralleller til diskusjonen rundt masseundersøkelser for livmorhalskreft. Erfaringene med screening for denne krefttypen viser hvor viktig det er å ha et offentlig organisert tilbud, mener han: – Etter at det offentlige screeningprogrammet kom i gang i 1995, har forekomsten av cervixcancer gått ned med 30 %. Også prøvevolumet er redusert. Dette viser at organisert screening gir resultater.

Thoresen viser til at norske kvinner ønsker et offentlig tilbud. Dersom dette bygges ned, vil det private markedet stå klar til å ta over, noe han mener vil føre til store problemer med uorganisert screening.

– Konsekvensen blir først og fremst enda mer overdiagnostikk og vekst i bruken av etterundersøkelser. Likevel vil det offentlige sitte igjen med regningen, fordi private røntgen- og mammografiinstitutter har refusjonsordninger. Med andre ord vil vi få flere falskt positive undersøkelser til en dyrere pris, sier Steinar Østerbø Thoresen.

– Tom Sundar, *Tidsskriftet*

*tom.sundar@legeforeningen.no*

### Litteratur

1. Kreftregisterets kommentar til vedtak fra Rådet for prioriteringer i helsevesenet ([www.legeforeningen.no/index.db2?id=11307](http://www.legeforeningen.no/index.db2?id=11307)) 2.9.2002.