

## 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 mammografi-programmet 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.

## Mammografi-programmet 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 behandlingskostnader 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 tilsvare 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.»