

Færre mastektomier etter screening

I Firenze i Italia har det vært en klar nedgang i tallet på brystfjerningsoperasjoner etter at mammografi-screening ble innført.

En studie publisert i *BMJ* (1) viser at antall kvinner som får utført radikal brystkreftkirurgi har gått ned. Dessuten har det vært en økning i antall kvinner som får utført brystbevarende kirurgi.

BMJ-artikkelen er interessant sett i forhold til den pågående diskusjonen om effekten av mammografiscreening på forekomsten av mastektomi. Blant annet har en Cochrane-rapport (2) konkludert med at screening har ført til 20 % økning i tallet på

mastektomier, først og fremst som følge av overdiagnostisering av brystkreft.

Viktig studie

Mammografiscreening ble innført i Firenze i 1990. Frem til 1996 ble om lag 60 000 kvinner i alderen 50–69 år invitert til fra én til tre mammografiundersøkelser, og ca. 60 % møtte til minst én slik undersøkelse.

I denne perioden har det vært en klar nedgang i antall brystfjerningsoperasjoner, fra 1,08 per 1 000 kvinner i 1990 til 0,62 seks år senere ($p < 0,001$). Andelen som fikk utført brystbevarende kirurgi, økte fra 1,18 per 1 000 kvinner til 1,87 ($p = 0,01$).

– Dette er gledelig, men ikke direkte over-

raskende resultater, sier forsker Hege Wang ved Kreftregisteret. – Selv om det primære mål for mammografiscreening er redusert dødelighet av brystkreft, tyder denne studien på at slik screening ikke øker bruken av unødvendig aggressiv behandling, sier kreftforskeren.

– *Petter Jensen Gjersvik, Tidsskriftet petter.gjersvik@legeforeningen.no*

Litteratur

1. Paci E, Duffy SW, Giorgi D, Zappa M, Crocetti E, Vezzosi V et al. Are breast cancer screening programmes increasing rates of mastectomy? Observational study. *BMJ* 2002; 325: 418.
2. Olsen O, Gøtzsche PC. Cochrane review on screening for breast cancer with mammography. *Lancet* 2001; 358: 1340–2.

Norsk initiativ i Cochrane-samarbeidet

Etter å ha gjort Cochrane-databasen fritt tilgjengelig for alle i Norge før sommeren, var Sosial- og helsedirektoratet vertskap for kunnskapssamarbeidets tiende kollokvium i Stavanger 31. juli–4. august.

– Cochrane-samarbeidets mål er å gjøre kvalifisert helseinformasjon tilgjengelig for både profesjonelle og publikum. Ved systematisk å sammenlikne og vurdere tilgjengelig helseforskning gir Cochrane-samarbeidet et godt grunnlag for informerte beslutninger om helse og sykdom, sier Andy Oxman i Avdeling for helsetjenesteforskning i Sosial- og helsedirektoratet. Han ledet møtet i Stavanger som samlet rundt 450 forskere, leger og beslutningstakere fra 30 land.

Pålitelig kunnskap

Anslagsvis 8 000 forskere over hele verden er knyttet til Cochrane-samarbeidet som utgir kvalitetskontrollerte oversikter over kliniske studier flere ganger i året. Kunnskapsnettverket har lånt navnet til den britiske legen Archie Cochrane (1909–87) som agiterte for at beslutninger om sykdomsbehandling må bygge på pålitelige, systematiske analyser av effekten av intervensjoner og helsetilbud.

I dag er Cochrane-samarbeidet bygd opp omkring ca. 50 oversiktsgrupper (collabora-

tive review groups), ulike metode- og interessegrupper samt faglige sentre. Nettverkets hovedprodukt er Cochrane-biblioteket, en elektronisk kunnskapsdatabase som er åpen og fritt tilgjengelig for alle i Norge, gjennom en nasjonal lisensavtale (1).

Nasjonal satsing

Direktør Arild Bjørndal ved Enhet for kunnskapshåndtering i Sosial- og helsedirektoratet sier det er en stor utfordring å vedlikeholde kunnskapsdatabasen, noe som var et hovedtema under møtet i Stavanger.

– Til nå er det produsert over 2 000 systematiske oversikter, og omtrent like mange er underveis. Vi arbeider med å gjøre oversiktene mer tilgjengelig og brukervennlig, og samtidig holde dem oppdatert, sier Bjørndal.

Han opplyser at Norge og Irland er de første og hittil eneste land med nasjonale lisensavtaler som sikrer alle innbyggere fri adgang til kunnskapsdatabasen. Den norske avtalen har en kostnadsramme på 350 000 kroner per år.

– Dette er en nasjonal satsing for å øke kvaliteten i helsetjenesten. Tilbudet er av størst verdi for forskere, faglig interesserte klinikere og leger som arbeider med retningslinjer.

– Hvordan er responsen etter de første månedene?

– Det tar alltid tid å introdusere nye konsepter, men vi får mange gode tilbakemeldin-

ger og opplever en voksende interesse for Cochrane-samarbeidet.

Samtidig ser vi at det er for liten kunnskapsproduksjon i Norge, spesielt om effekten av forebyggende og behandlende tiltak og om måten vi organiserer helsetjenesten på. Og dette synes jeg er bekymringsfullt, sier Arild Bjørndal.

Internasjonale gjester

Cochrane-kollokviet i Stavanger ble innledet av helseminister Dagfinn Høybråten som drøftet hvordan beslutningstakere i helsevesenet kan gjøre nytte av kunnskapssamarbeidet. Blant gjestene fra utlandet var viseminister Anne McFarlane fra helsedepartementet i Canada, forskningsdirektør Jimmy Volmink fra Global Health Council i USA, initiativtakeren til dagens Cochrane-samarbeid, Sir Iain Chalmers, Oxford-professor Dave Sackett, BMJ-redaktør Richard Smith og JAMA-redaktør Drummond Rennie.

– *Tom Sundar, Tidsskriftet*

tom.sundar@legeforeningen.no

Litteratur

1. The Norwegian Branch of the Nordic Cochrane Centre. www.cochrane.no/ (13.8.2002).



Meditron M30
Cardiology Quality for Less
NOK 1612,- eks. mva. www.meditron.no

