

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Dato: 16. april 2008
Kontor: Sundhedsdriftskontoret
J.nr.: 2008-12103-821
Sagsbeh.: msh
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. 271 (Alm. del), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til ministeren for sundhed og forebyggelse den 14. marts 2008.

Spørgsmål 271:

"Ministeren bedes tilsende udvalget en aktuel status om de modstridende oplysninger, der har været fremme i dagspressen vedrørende brystscreening, og herunder komme med forslag til initiativer, der kan fjerne utrygheden for de mange kvinder, der nu får tilbudt screening."

Svar:

Til brug for min besvarelse af udvalgets spørgsmål har jeg anmodet Sundhedsstyrelsen om en udtalelse.

Sundhedsstyrelsen udtaler følgende:

"Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kvinder mellem 50 og 69 år deltager i screening for brystkræft med mammografi hvert andet år. I 1999 besluttede Folketinget, at alle kvinder mellem 50 og 69 skal have et tilbud om brystkræftscreening.

Alle regioner skal således have implementeret et screeningsprogram for brystkræft før 1. januar 2008, og alle kvinder skal tilbydes screening første gang inden 1. januar 2010.

Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med Komiteen for Sundhedsoplysning udarbejdet en informationspjece om brystkræftscreening. Kvinderne modtager pjecen sammen med invitationen til at deltage i screeningen.

Regionerne er ansvarlige for at implementere screeningsprogrammet og hver region udarbejder egne invitationsbreve. Pjecens omslag er derfor individuel for hver region og indeholder relevante regionale oplysninger om screeningssted, kontaktelefonnumre m.v.

Der har over en årrække været faglige diskussioner og faglig uenighed om fordele og ulemper ved brystkræftscreening. I forbindelse med udgivelsen af informationspjece om brystkræftscreening blev uenigheden mellem eksperter igen tydelig.

Mediedækningen af informationspjece tog især udgangspunkt i følgende tre områder:

- den reducerede dødelighed som følge af brystkræftscreening
- spørgsmålet om en mulig overdiagnosticering som følge af screening
- det faktum at nogle kvinder vil få en falsk alarm

Disse områder vil blive behandlet i detaljer nedenfor.

Ekspertene på brystkræftområdet er ikke enige om, hvilke videnskabelige undersøgelser, der bør lægges til grund for vurderingerne, og heller ikke enige om, hvordan man skal tolke fundene i de enkelte studier. Det kan desuden være vanskeligt at sammenligne forskellige studier, da betingelserne er forskellige, eksempelvis er de aldersgrupper, der screenes, forskellige.

Kritikerne af Sundhedsstyrelsens mammografiscreenings pjece baserer deres konklusioner på udvalgte internationale lodtrækningsforsøg. Sundhedsstyrelsen baserer sin anbefaling af brystkræftscreening på al den tilgængelige litteratur, herunder sammenfatninger af de internationale lodtrækningsforsøg inklusive de studier, som kritikerne henviser til, og longitudinelle danske studier.

Reduktion af dødelighed af brystkræft som følge af brystkræftscreening

Formålet med screening er at finde kræften så tidligt som muligt, så man kan iværksætte behandling hurtigt og dermed nedbringe dødeligheden af sygdommen.

Forskellige studier har forsøgt at estimere reduktionen af dødeligheden som følge af brystkræftscreening. Sundhedsstyrelsen skønner på baggrund af de tilgængelige oplysninger, at dødeligheden af brystkræft ved hjælp af brystkræftscreening af de 50-69 årige kan nedbringes med ca. 25 %. Kritikerne, som refererer til et Cochrane review *Screening for breast cancer with mammography, The Cochrane Collaboration, Gøtzsche P.C., et al, 2006*, mener, at dødeligheden nedbringes med 15%, sammenlignet med hvad man ville forvente, hvis screening ikke var indført.

Sundhedsstyrelsen finder, at artiklen *Breast cancer mortality in Copenhagen after introduction of mammography screening: cohort study of Olsen. A.H. et al fra British Medical Journal 2008* er særlig relevant, da den beskriver danske forhold. Undersøgelsen evaluerer effekten af brystkræftscreening i København over en 10 års periode. Artiklen konkluderer at dødeligheden som følge af brystkræft er reduceret med 25 % blandt alle kvinder, sammenlignet med hvad man ville forvente, hvis screening ikke var indført. For de kvinder, der selv deltager i screeningprogrammet, falder dødeligheden med 37 %.

Dette er i nøje overensstemmelse med WHO's evaluering i *International Agency for Research on Cancer (IARC), side 179 Handbooks of Cancer Prevention, WHO, 2002*. Det anføres heri: "Gennem lodtrækningsforsøg er det tilstrækkeligt bevist, at man ved at invitere kvinder i alderen 50-69 år kan nedsætte dødeligheden af brystkræft; det bedste skøn i øjeblikket er, at dødeligheden reduceres med 25%.[...] Reduktionen i dødelighed af brystkræft for kvinder i alderen 50 – 69 år, der deltager i screeningen, er blevet skønnet til omkring 35%." (Sundhedsstyrelsens oversættelse)

Da ca. 4.000 danske kvinder får brystkræft om året, og ca. 1.300 dør af brystkræft årligt, er der tale om mange kvinder, der får gavn af implementeringen af et screeningsprogram, uanset om man lægger kritikernes tal på 15 % eller Sundhedsstyrelsens tal på 25% til grund for sin vurdering.

Overdiagnosticering og overbehandling

Ved mammografiscreening kan man finde kræftforandringer, som ikke nødvendigvis på sigt vil påvirke kvindens sundhedstilstand eller risiko for at dø.

Sådanne kræftforandringer kan ikke skelnes fra de kræftforandringer, som vil føre til en sygdom, der truer kvindens liv. Kræftforandringer, som ikke på sigt vil påvirke

ke kvindens sundhedstilstand, vil normalt ikke blive fundet uden screening, og man taler derfor om overdiagnosticering i forbindelse med screeningsprogrammer.

Da det er umuligt at skelne mellem de kræftformer, der aldrig udvikler sig, og de kræftformer, som gør kvinder syge, vil man ved fund af kræftforandringer ved screening tilbyde behandling til dem alle. Det er det, nogen kalder overbehandling.

Metodemæssigt er det meget vanskeligt at opgøre, hvor ofte der sker overdiagnostik, blandt andet fordi det kræver, at kvinderne følges over en meget lang årrække. Forskerne er meget uenige om tolkningen af de eksisterende videnskabelige undersøgelser, hvorfor de vurderinger, der fremkommer af hyppigheden af overdiagnosticering, er meget forskellige.

Da vurderingerne varierer så meget, har Sundhedsstyrelsen ikke i informationspjecen angivet en procentsats for overdiagnosticering. Sundhedsstyrelsen er af den opfattelse, at der er behov for, at dette område bliver yderligere belyst i fremtiden, og er vidende om, at der foregår sådanne studier.

Falsk Alarm

Nogle kvinder vil efter første mammografi blive genindkaldt, fordi man på mammografibilledet ser forandringer, der giver mistanke om kræft. Hvis mistanken efterfølgende afkræftes, var der tale om en falsk alarm eller en falsk positiv diagnose. I Sundhedsstyrelsens pjeces angives det, at 10-30 kvinder ud af 1.000 screenede vil blive genindkaldt til nye undersøgelser og at 6-12 af disse vil have brystkræft. Det vil sige at 4-18 ud af 1000 screenede vil opleve en falsk alarm ved deltagelse i en screeningsundersøgelse.

Kritikerne af screeningsprogrammet har fundet, at 200 ud af 2000 kvinder svarende til 10% vil opleve en falsk alarm efter deltagelse i screeningsprogrammet over 10 år dvs. gennem 5 screeninger.

Artiklen *Predicting the risk of a false-positive test for women following a mammography screening programme*, Njor, S. H., 2007, *Journal of Medical Screening*, skønnede den kumulerede risiko for at få en falsk alarm på baggrund af screeningsprogrammerne på Fyn til at være 9% og i København til at være 16%, for de kvinder der deltager i alle 10 år eller gennem 5 screeninger.

Sundhedsstyrelsen finder ikke, at der er markant forskel på disse tal, når usikkerheden og variationen tages i betragtning.

Utryghed i forbindelse med screening

Det er den enkelte kvindes valg, om hun vil deltage i brystkræftscreeningen. Den enkelte kvinde må opveje fordele og ulemper ved screeningen og på den baggrund tage en beslutning om deltagelse. Det er ikke et enkelt valg, om man skal sige ja eller nej til screening, og for mange kvinder vil der formentlig være nogen usikkerhed forbundet med at blive screenet for kræft.

Sundhedsstyrelsens pjeces om brystkræftscreening forsøger at støtte kvinden i beslutningsprocessen og i forløbet før og efter mammografi. Kvinden har desuden mulighed for at diskutere tilbuddet om brystkræftscreening med sin egen læge og andre samt det sundhedspersonale, hun møder i forbindelse med screeningen. Sundhedsstyrelsen er af den opfattelse, at disse muligheder er den bedste vej til at fjerne den utryghed, der kan opstå i forbindelse med tilbuddet om screening for brystkræft.”

I forhold til den del af spørgsmålet, der vedrører en aktuel status vedrørende oplysninger om screening, kan jeg henholde mig til Sundhedsstyrelsens oplysninger.

I relation til spørgsmålet om utryghed for kvinder, der tilbydes screening, antager jeg, at der sigtes til de varierende oplysninger om fordele og ulemper ved brystkræftscreening og debatten om disse.

Sundhedsområdet er komplekst, og der er ofte, herunder ved brystkræftscreening, både fordele og ulemper ved et givent tilbud. I en sådan situation finder jeg det naturligt og positivt, at der foregår en åben debat herom, hvor så mange synspunkter som muligt kommer frem.

Sundhedsstyrelsens rolle i sagen om brystkræftscreening – og øvrige lignende sager – er for det første at veje de tilgængelige oplysninger op imod hinanden og på den baggrund foretage en vurdering i sin egenskab af landets øverste sundhedsfaglige myndighed. I forlængelse heraf skal styrelsen naturligvis til stadighed følge med i den faglige udvikling og revidere sin vurdering, såfremt nye oplysninger giver grund hertil.

Denne vurdering kan man være enig eller uenig i, og det er derfor også naturligt, at der kan være en fortsat debat, efter Sundhedsstyrelsen har foretaget sin vurdering, og at der på den måde fremkommer alternative kilder til information. Jeg mener samlet set, at det er et gode, at en sådan uenighed kommer op til overfladen.

Det er min opfattelse, at Sundhedsstyrelsen i sagen om brystkræftscreening og informationsmaterialet herom på eksemplarisk vis har levet op til kravene til styrelsens rolle, herunder ved åbent at fremlægge fordele og ulemper i informationsmaterialet og ikke mindst ved aktivt at efterspørge synspunkter fra en række af de personer, som efterfølgende har kritiseret det endelige resultat, jf. min besvarelse af S 995. Dertil kommer, at styrelsen vejleder om, hvor kvinderne kan finde supplerende oplysninger.

Med sin håndtering af sagen har Sundhedsstyrelsen således efter min vurdering bidraget til at mindske utrygheden hos de kvinder, der tilbydes screening, væsentligt. Jeg har derfor ikke planer om yderligere initiativer