

Noen kommentarer refleksjoner til rapporten:

Eline Aas, Universitetet i Oslo, medlem av referansegruppa

En vurdering av utvidelse av mammografiprogrammet består av en avveining av flere positive faktorer opp mot negative konsekvenser. I tillegg er det relevant om en utvidelse av mammografiprogrammet skal følge av økte budsjetterammer via statsbudsjettet eller om det skal omfordeles via helsebudsjettet (ta fra sykehus, forebyggende aktivitet o.l.). I en situasjon hvor budsjettet skal øke, vil det være aktuelt å vurdere om budsjettet kunne vært brukt på andre tiltak i helsetjenesten som kunne medført større helsegevinster for de samme ressursene. Det er også relevant å vurdere behovet for personell og om økningen i behovet for personell omfatter grupper det i dag er knapphet på (slik som radiologer).

I vurderingen nedenfor, vil jeg diskutere noen sider ved rapporten jeg mener er sentrale og relatere de til om disse punktene er inkludert i den helseøkonomiske analysen.

I en vurdering av screening for yngre kvinner, er det relevant hvor mange som i dag går til fast oppfølging pga forhøyet risiko for brystkreft. Dette er en gruppe som har en høyere sannsynlighet for brystkreft enn den generelle befolkningen, dermed er den mulige helsegevinsten lavere blant de som ikke har et tilbud enn gjennomsnittet for aldersgruppen. Dette er viktig kunnskap for å forstå noe om forekomst av brystkreft i den yngste aldersgruppen. Slik jeg leser den helseøkonomiske analysen, er dette ikke noe det er tatt høyde for. Det kan bety at helseeffekten av screening kan være noe overvurdert. Vanskelig å si noe om dette kan påvirke resultatet uten å ha kunnskap om omfanget av denne typen screening.

Hvor stor er andelen i alderen 45 til 49 som tar en mammografi i løpet av et år. Dette kunne belyst ønske – etterspørsel etter screening. Et høyt antall mammografier, indikerer at ekstra kostnad ved screening vil kunne reduseres noe som følge av at de blir invitert innen screeningprogrammet.

Hvis det åpnes opp for screening for yngre aldergrupper (45-49), kan denne «lekkasjen», dvs villscreening øke i enda lavere aldersgrupper. Det vil dermed vil det bli økte kostnader knyttet til mammografier for de som er rett under screeningalder.

En antagelse i analysen er at eldre har lengre reisevei, det betyr at kostnadene for eldre blir 70 kr høyere enn for den yngste gruppen. Det er også lagt inn en tilsvarende forskjell for etterundersøkelser, tilsvarende 200 kr. Det er ikke en stor forskjell, men det kan diskuteres om dette er et hensyn som skal påvirker valg av strategi.

Kostnaden for tid er målt ved fritid og antas lik. Her kunne det vært relevant å vurdere om tapt produksjon skulle vært lagt til grunn for verdsetting av tid. Hvis kvinner må ta seg fri fra jobben for å delta på screening, vil dette være aktuelt. I så falls bør tidskostnaden oppjusteres både for primærscreening og etterfølgende konsultasjoner.

Videre antas det i modellen at behandlingskostnader varierer etter alder. En konsekvens her er at det er mer ressurser å spare for å identifisere et brystkrefttilfelle i stadium II i aldersgruppen 45-49 enn 70-74. Det er litt uklart hva som driver denne forskjellen (prevalens av HER2 og andre biomarkører)? Ville vært interessant å se hva som er konsekvensen for valg av strategi uten forskjeller mht alder (både for reise og behandlingskostnader).

Insidens og mortalitet (Guthmuller et al 2023) etter 5 og 10 år. Denne studien viser at for alle aldersgrupper er det en økning i insidens som følge av screening (tolkes som overdiagnostikk), samtidig viser studien en reduksjon i kreftdødelighet 5 og 10 år etter for de to aldersgruppene som vurderes 45-49 og 70-74 år. Effekten på redusert dødelighet er størst i den eldste gruppen og signifikant, mens reduksjonen i gruppe 45-49 er ikke signifikant. Som følge av lav insidens i den yngste gruppen krever det et stort utvalg for å vise signifikante funn. Selv om reduksjon i dødelighet er betydelig og signifikant for den eldste aldersgruppen, er også sannsynligheten for å dø av andre årsaker høyere i denne gruppen. Dermed er det vanskelig å vurdere en slik effekt uten å ta hensyn til dødelighet i befolkningen. Dette er det tatt hensyn til i de helseøkonomiske analysene fra Oslo Economics.

Table A.17
Age specific effects of OSP on Incidence and Mortality

ATT by age	(1) After 5 years		(2) After 5 years		(3) After 10 years	
	Incidence	Mortality	Incidence	Mortality	Incidence	Mortality
40-44	-0.098 (6.555)	-1.864 (4.483)	16.521** (6.037)	1.152 (3.403)	6.029 (5.667)	2.914 (2.339)
45 - 49	0.457 (4.780)	-2.092 (2.292)	20.041*** (5.975)	1.229 (2.063)	22.295** (6.336)	-1.925 (2.386)
50-54	4.919 (6.750)	-4.357 (3.217)	30.837*** (8.578)	-2.253 (2.539)	29.515** (9.526)	-4.027 (2.707)
55-59	25.423*** (8.565)	-4.038 (3.503)	27.622*** (7.544)	0.163 (2.357)	9.401 (7.694)	-7.924*** (2.416)
60 - 64	47.847*** (8.964)	-6.392* (3.321)	34.201*** (2.792)	-1.466 (3.307)	15.819** (6.433)	-7.703** (3.195)
65 - 69	54.058*** (10.836)	-7.123* (3.503)	33.008*** (7.033)	-7.549** (2.810)	16.731 (9.832)	-11.788*** (2.388)
70 - 74	32.004** (13.850)	-0.089 (3.224)	20.727*** (5.299)	-5.068* (2.676)	6.086 (10.201)	-10.638** (3.866)
75-79					-10.861 (8.742)	-7.740 (4.705)
Mean (s.d.) of control group	160.53 (94.93)	41.70 (33.94)	174.29 (91.32)	56.44 (44.70)	174.29 (91.32)	56.44 (44.70)
N	8,340	8,340	9,204	9,204	9,204	9,204

Innspill fra Statens strålevern:

«en utvidelse ned til 45 år øker risikoen for stråleindusert brystkreft med om lag 76 %, mens en utvidelse opp til 74 år gir en marginal risikoøkning på rundt 6 %. En samlet utvidelse til 45-74 år gir en økning på ca. 82 %». Fra rapporten til DSA, konkluderes følgende:

Dette innebærer at screening fra 45-49 år og 70-74 år fører til henholdsvis 14 og 1,5 ekstra krefttilfeller per 100 000 screenede kvinner og tilsvarende 2,5 og 0,4 ekstra dødsfall. Det er

Hvorvidt dette er en akseptabel negativ konsekvens av screening, må vurderes opp mot gevinstene av screening på insidens, mortalitet og ressursbruk. Dette punktet er også relevant, da det ikke er inkludert i den helseøkonomiske analysen.

Mindre kommentarer:

Antall tilfeller i aldersgruppen 45-49 og 70 til 74 bør normaliseres per 100 000, da det er ulikt antall befolkningen er ulik i de to gruppene (noen har dødd fra 50 til 70). I den helseøkonomiske rapporten henvises det til 26% versus 19% økning i screeningkohorten for å utvide til hhv 45-69 og 50-74 år.

Det gjøres noen sammenlikninger mot tarmkreft og lungekreft. Viktig å poengtere at dette er absolutte tall og ikke betinget på sykdom. Forventet levetid for både lunge- og tykktarmskreft er lavere enn for brystkreft.

Det står i rapporten «Det finnes ikke noe nasjonalt screeningprogram i USA som tilsvarer Mammografiprogrammet». Hva mener dere egentlig med dette? Mener dere at screening ligger under private forsikringsordringer og at det ikke er nasjonale programmer tilgjengelig for alle?

I sensitivitetsanalysen for alternativet «Helsegevinst kun i form av økt antall leveår» er det identisk ICER for to alternativer, er det rett? Hvis de er identiske, bør det kommenteres.

Konklusjon: Vanskelig å gi en anbefaling om utvidelse, dels fordi kunnskapsgrunnlaget er begrenset. Konklusjonen fra de helseøkonomiske analysene avhenger av hva som vurderes som terskelverdien for screening. Jeg tenker det er viktig å diskutere hvordan antall mammografier innenfor det offentlige helsevesenet blir påvirket av en endring i programmet. En konklusjon blir en avveining av faktorer som er inkludert og antatt i analysene, opp mot andre faktorer, samt den totale budsjettkonsekvensen og hva alternativt budsjettet kan brukes på av andre tiltak.