

ENDELIGT REFERAT

Emne 4. møde i Sundhedsstyrelsen Udvalg for Nationale Screeningsprogrammer

Mødedato 20. september 2016 kl. 13-15

Sted Sundhedsstyrelsen, mødelokale 501

Deltagere Marlene Øhrberg Krag (Formand), Sundhedsstyrelsen
Berit Andersen, Danske Regioner
Else Hjortsø, Danske Regioner
Jes Lindholdt, Lægevidenskabelige Selskaber
Rikke Søgaard, Aarhus Universitet
Signild Vallgård, Etisk Råd
Søren Birkeland, Syddansk Universitet
Ulla Axelsen, Danske Patienter
Elsebeth Lyng, Københavns Universitet
Knut Borch-Johnsen, Danske Regioner
Mona Buss Buksti, Danske Regioner
Henrik Steen Hansen, Lægevidenskabelige Selskaber

15. november 2016

Sagsnr. 4-1010-68/1/

Reference KLA

E kla@sst.dk

Sekretariat/Sundhedsstyrelsen:

Ane Just Ohrt, Sundhedsstyrelsen
Christine Brot, Sundhedsstyrelsen
Astrid Devantier, Sundhedsstyrelsen
Kristoffer Lande-Andersen, Sundhedsstyrelsen
Mie Jonsson, Sundhedsstyrelsen

Afbud:

Christian Torp-Pedersen, Aalborg Universitet
Gunnar Baatrup, Danske Regioner
Jette Lyngholm, Danske Patienter
John Brodersen, Lægevidenskabelige Selskaber
Karsten Juhl Jørgensen, Det Nordiske Cochrane Center
Morten Grønbæk, Statens Institut for Folkesundhed

4. møde i Sundhedsstyrelsens Udvalg for Nationale Screeningsprogrammer

Punkt 1. Godkendelse af dagsorden

Punkt 2. Orientering ved Sundhedsstyrelsen

Punkt 3. Præsentation og drøftelse af forslag om indførelse af screening for abdominalt aorta aneurisme (AAA)

Punkt 4. Kommende møder

Punkt 5. Eventuelt

Punkt 1. Godkendelse af dagsorden

Dagsorden godkendt uden kommentarer.

Punkt 2. Orientering ved Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen orienterede indledningsvist om Kræftplan 4 og dennes konsekvenser for screeningsområdet. Tilslutningen til livmoderhalskræftprogrammet skal øges, ligesom anbefalingerne for selvsamme program skal opdateres. Derudover skal kvinder født før 1948 tilbydes en engangsscreening for livmoderhalskræft, eftersom disse kvinder ikke har modtaget samme screeningstilbud som yngre kvinder. De foreslåede initiativer afhænger af finansiering som endnu ikke er færdigforhandlet.

Sundhedsstyrelsen redegjorde herefter kort for forskellen mellem tidlig opsporing og de nationale screeningsprogrammer, som blev efterspurgt på seneste udvalgmøde. Systematiske nationale screeningsprogrammer er rettet mod bestemte befolkningsgrupper, der inviteres til at deltage i screeningen med det formål at identificere personer, hvis risiko for at have eller udvikle en bestemt sygdom er så stor, at der bør tilbydes relevant forebyggelse, undersøgelse eller behandling. Nationale screeningsprogrammer omfatter ikke tidlig opsporing/opportunistisk screening som er målrettet opsporing af sygdom ved henvendelse til sundhedsvæsenet af anden årsag, tidlig målrettet udredning ved beskede symptomer på den pågældende sygdom eller målrettet undersøgelse på grund af familiær ophobning af en bestemt sygdom.

Sundhedsstyrelsen gik videre til at orientere om proces og indhold af den nye borgerrettede informationspjece for tarmkræftscreening, som blev publiceret august 2016. Der spurgtes i udvalget til, hvorfor man havde opgjort screeningseffekten på dødelighed over 10 år, mens andelen af falsk positive blev opgjort per screeningsrunde. Hertil svarede, at man kan opgøre tallene på mange måder og at der er forsøgt, at videregive tal som dels er overskuelige og forståelige under hensyntagen til at formidle både fordele og ulemper ved screeningsprogrammet. Desuden har det, i forbindelse med udarbejdelsen af pjecen, været hensigten at bruge tal fra danske forhold, hvor det har været muligt.

Der kommenteredes også på det beklagelige ved, at ordet screening er taget ud af pjecen, idet nogle borgere så kan tro, at der kun er tale om en enkelt undersøgelse. Sundhedsstyrelsen oplyste hertil, at denne beslutning var truffet på baggrund af fokusgruppe-interviewet, der havde vist at *screening* blev opfattet som et scanningstilbud.

Sundhedsstyrelsen orienterede om det foreslåede screeningsprogram vedr. neonatal screening for svær kombineret immundefekt (SCID), som blev drøftet på 3. udvalgmøde. Sundhedsstyrelsen har den 19. september modtaget uddybende oplysninger fra Dansk Pædiatrisk Selskabs Udvalg for klinisk genetik og screening om konsekvenserne for de børn, der som følge af screeningsprogrammet bliver diagnosticeret med T-celle lymfopeni og som måske ikke kan tilbydes behandling. Der er ikke tilkommet nye oplysninger om de økonomiske konsekvenser af screeningsprogrammet. Emnet tages op på næste udvalgmøde.

Endelig orienterede Sundhedsstyrelsen om, at der er modtaget et forslag fra Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi om indførelse af screening af gravide for jernmangel. Sundhedsstyrelsen har udbedt sig yderligere oplysninger fra selskabet, førend ansøgningen kan præsenteres for udvalget for nationale screeningsprogrammer.

Punkt 3. Præsentation og drøftelse af forslag om indførelse af screening for abdominalt aorta aneurisme (AAA)

Professor, overlæge Kim Houliind fra Karkirurgisk Afdeling, Kolding Sygehus og overlæge Jesper Laustsen fra Hjerte-, lunge-, karkirurgisk afdeling, Aarhus Universitetshospital præsenterede baggrunden for forslaget om at indføre screening for AAA, samt opridsede de væsentligste faglige og organisatoriske aspekter ved screeningstilbuddet. Se vedhæftede præsentation.

Udvalget spurgte til antallet af personer, som forventes at blive indstillet til operation (aorta over 5cm), men som ikke kan opereres grundet co-morbiditet. Dette antal kunne ikke angives præcist, men i MASS studiet, sagde 15 % af de diagnosticerede enten nej til operation eller kunne ikke tilbydes operation grundet kontraindikationer. Sidstnævnte gruppe udgjorde 8 %, som dog fik gavn af den medicinske forebyggelse.

Udvalget spurgte desuden ind til prævalensen, idet flere ældre RCTer kommer frem til en prævalens på 3-5 % i screeningspopulationen, mens nylige erfaringer fra det engelske og det svenske AAA screeningsprogram har vist en prævalens på cirka 1 %. Hertil svarede, at prævalensen i Sverige er lavere end i Danmark, eftersom flere danske mænd ryger, mens de engelske tal overrasker. Et nyere dansk studie viser en prævalens på lidt over 2 %. Det aftaltes, at Sundhedsstyrelsen vil undersøge, om det er muligt at fremskaffe yderligere oplysninger om prævalensen til næste udvalgs møde, hvor emnet drøftes videre.

Der spurgtes i udvalget desuden til effekten af at indføre selektiv screening, fx af rygere. Hertil svarede, at det er vanskeligt at definere, hvad en ryger er, og hvor meget man skal have røget for at være i forhøjet risiko for AAA. Ligesom gruppen er svær at identificere og opspore.

Der spurgtes videre til, om der er i det præsenterede forslag rent organisatorisk er taget højde for de mænd, som har en aorta på 3,5-5,5 cm og som skal rescreenes. Hertil svarede, at der er taget højde herfor, og at denne gruppe vil øges kumulativt i takt med, at programmet implementeres fuldt ud. Der er også stor variation i hvor meget aorta vokser i denne gruppe, hvilket har betydning for, hvor ofte mændene skal genindkaldes til screening.

Der spurgtes til screeningen af de mænd, som bor langt fra et hospital med en karkirurgisk enhed. Et tilbud til disse kunne være en mobil screeningsenhed, men det må være op til den enkelte region, hvordan den vil tilrettelægge indsatsen.

Udvalget spurgte, hvad man gør, hvis man opdager andre abnorme fund ved screeningen, såsom fx formodede tumorer. Hertil svarede, at screeningen (scanningen) foretages så afgrænset og specifikt, at der kun ses på aorta og ikke andre dele af maven. Hvis man kun ser på aorta, så er det kun en eventuel aortaaneurisme, man finder.

Herefter gennemgik lægefaglig konsulent Jeppe Schroll med udgangspunkt i det fremsendte evidensgrundlag, evidensen bag AAA-screening. Se også den vedhæftede præsentation.

Jeppe Schroll endte med at konkludere, at så man på Sundhedsstyrelsens 10 screeningskriterier, var det særligt kriterie 2, 5, 6 og 8, som man bør drøfte yderligere. Disse er:

- 2) Tilstanden, der screenes for, skal udgøre et væsentligt sundhedsproblem.
- 5) Der skal findes effektive og acceptable metoder til udredning og behandling, som giver bedre resultat, hvis tilstanden opdages, før den bliver symptomgivende.
- 6) Gavnen af screeningsprogrammet skal opveje mulige skadevirkninger
- 8) De økonomiske omkostninger forbundet med screeningsprogrammet skal stå i rimeligt forhold til det sundhedsmæssige udbytte.

Som følge af manglende tid, aftales det, at udvalget fortsætter sin drøftelse af screening for AAA på næste udvalgsmøde, hvor man med fordel kan drøfte kriterierne 2,5,6 og 8 videre. Sundhedsstyrelsen forsøger desuden at fremskaffe yderligere oplysninger om prævalensen af AAA i Danmark.

Punkt 4. Kommende møder

Det aftales, at der indlægges et ekstra udvalgsmøde i løbet af november 2016, hvor screening for AAA og SCID vil være på dagsordenen.

De to næste møder derefter vil være:

- 21. marts 2017
- 18. september 2017

Punkt 5. Eventuelt

Intet til eventuelt.