
§ 72 Screening för kolorektal cancer i norra regionen (Dnr 085/17)

Sedan 2014 rekommenderar SoS nationell allmän screening för koloncancer. Vissa landsting/regioner i Sverige har redan infört detta. I norra sjukvårdsregionen har Västernorrland fattat beslut om införande och förberedelser pågår. De övriga tre landstingen/regionerna deltar i den nationella studien SCREESCO under perioden 2014-2018.

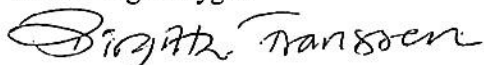
Beslut om screening tas i varje landsting/region, men planeras införas 2019. Arbete behöver därför starta i regionen nu för att kunna vara igång 2019. Ökade koloskopiresurser kommer att behövas och landstingen behöver fatta beslut t.ex. om utbildning av koloskopi-sjuksköterskor redan nu för att kunna möta detta behov.

Underlag från RCC's processledare Håkan Olsson om allmän kolonscreening i regionen framgår av bilaga 72 och presenteras i en föredragning vid Förbundsdirektionen.

Förbundsdirektionen beslutade

att rekommendera landstingen/regionen att iaktta långsiktighet i planeringen inför beslut om kolorektal screening 2019.

Rätt utdraget intygar:



Birgitta Fransson, Förbundssekreterare

Exp 2017-10-06 till registrator vid: Region Norrbotten, Västerbottens läns landsting,
Landstinget Västernorrland, Region Jämtland Härjedalen

SCREENING FÖR KOLOREKTAL CANCER I NORRA REGIONEN

Kolorektal cancer är den tredje vanligaste cancerformen i Sverige med en livstidsrisk på individnivå om ca 5 %. Kön fördelningen är i stort sett jämn. Varje år insjuknar i Sverige ca 6000 invånare varav ca 2700 avlider i sjukdomen. Sjukdomsförloppet är välstuderat och innefattar ett vanligtvis flerårigt symptomlöst förstadium, tarmpolyper, som är behandlingsbart med oftast enkla åtgärder. Även tidiga stadier av cancersjukdom är oftast botbara men orsakar i många fall inga eller obetydliga symptom.

Screeningprogram har i flera stora kliniska studier visats kunna minska dödligheten i kolorektal cancer med 15 procent. Allmän screening införd i hela Sverige skulle rädda ca 300 liv per år. Hälsoekonomisk analys visar låg kostnad per effekt motsvarande mindre än 100 000 SEK per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår. Vinsterna i form av minskad dödlighet kommer några år efter screeninginsatserna dels pga fynd av tumörer i tidiga stadier och dels pga ökad behandling av förstadium genom koloskopisk polypektomi. Ekonomiska vinster för sjukvården består i billigare behandling om tumörerna upptäcks i tidigare stadium och minskade kostnader för palliativ vård. De sk kostnadseffektkvoterna är genomgående lägre vid kolorektalcancerscreening än vid bröstcancerscreening vilket talar för en högre kostnadseffektivitet. Risken för överdiagnostik och överbehandling är minimal. Komplikationsfrekvensen vid koloskopi är numera så låg att den inte medräknas i ekonomiska analyser.

De metoder som använts för tidig upptäckt i screeningsammanhang är avföringsprov avseende förekomst av blod i avföringen (FOBT = fecal occult blood test, FIT = fecal immunochemical test), sigmoideoskopi och koloskopi (slangundersökning av vänster del resp hela tjocktarmen).

EU har sedan 2003 rekommenderat medlemsländerna att införa screening med FOBT för män och kvinnor i åldern 50 – 74 år. Socialstyrelsen rekommenderar undersökning av män och kvinnor i åldern 60-74 år med FIT-test vartannat år. De individer som testas positivt kallas till vidare utredning med koloskopi.

Region Stockholm – Gotland har allmän screening för invånare i åldersintervallet 60-69 år sedan 2008. FOBT har tidigare använts men sedan 2015 används FIT-tester istället. Man avser att inom kort utöka screeningen till åldrarna 60-74 år i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer.

Hälsoekonomiska analyser har gjorts av Socialstyrelsen med utgångspunkt i erfarenheter som gjorts vid screening i Stockholm. Deltagandefrekvensen beräknas till 64 % inräknat en påminnelse och 2,5 % återkallelse till koloskopi pga positivt FIT-test. Detta grundar sig på screening i åldern 60-69 år. Kallelse av yngre kohorter innebär lägre deltagande, oftast under 50 %. Beräkningar av kostnadseffektiviteten vid screening enligt denna modell visar att denna är både samhällsekonomiskt fördelaktig och kostnadseffektiv för sjukvården och detta gäller även om åldersintervallet för screeningpopulationen utökas.

Sedan 2014 pågår en nationell screeningstudie, SCREESCO, som avser jämföra avföringsprover med FIT-test mot koloskopi som screeningmetod. I norra regionen deltar Region Norrbotten, Västerbottens läns landsting och Region Jämtland – Härjedalen medan

Landstinget i Västernorrland valt att stå utanför. Studien innebär att deltagande vårdgivare tvingats bygga ut kapaciteten för koloskopi. Högst antal koloskopier utförs under studiens tredje år dvs 2016 men minskar därefter till en bråkdel under de två sista studieåren 2017 och 2018. Den utbyggda skopiresursen bör kunna utnyttjas som en del i en satsning för allmän screening.

Landstinget i Västernorrland har redan fattat ett principbeslut om att införa allmän screening enligt riktlinjer ovan. Planering av lokaler och logistik pågår liksom utbildning av koloskopister.

För regionens övriga tre landsting / regioner innebär ett införande av screening enligt Socialstyrelsens rekommendation dels behov av inrättande av ett eller flera administrativa centra för hantering av kallelser, svar, skopiremiss osv, dels en nästan fördubblad volym av koloskopier jämfört med vid SCREESCO-studiens tredje år.

Om data från Stockholm – Gotland kan extrapoleras till norra regionen kan allmän kolorektalcancerscreening förväntas spara i storleksordningen 30 liv per år. Förutom de medicinska och humanitära vinsterna innebär varje sparat liv även en avsevärd ekonomisk besparing för vården. Palliativ vård beräknas kosta i median 700 000 – 1 miljon SEK per patient. Palliativ onkologisk behandling inkl farmaka, besök, upprepad radiologi etc kan uppskattas till i median några hundra tusen SEK per patient.

En kalkyl med extrapolering av data från screeningen i Stockholm – Gotland mot befolkningsregistret och användning av den prislista som använts vid hälsoekonomisk beräkning av Socialstyrelsen (kallelsehantering 40 SEK, analyskostnad 57 SEK, koloskopi 4200 SEK) ger nedanstående beräkningar av de rörliga kostnaderna för screening. Om deltagandefrekvensen visar sig vara högre i norra regionen blir kostnaderna högre. Dessutom tillkommer varierande höga initialkostnader för utbyggnad av regionens endoskopienheter med ev ytterligare lokaler, instrument etc och utbildning av fler skopister. Hur stora dessa investeringar blir beror på de lokala förutsättningarna.

Region Norrbotten:

390 koloskopier / år
(201 SCREESCO-skopier 2016)

| | |
|--------------------------|------------------|
| Administrativa kostnader | 975 000 |
| Analys FIT-tester | 890 000 |
| Koloskopi | 1 638 000 |
| S:a | 3 503 000 |

Västerbottens läns landsting:

369 koloskopier / år
(212 SCREESCO-skopier 2016)

| | |
|--------------------------|------------------|
| Administrativa kostnader | 923 000 |
| Analys FIT-tester | 842 000 |
| Koloskopi | 1 550 000 |
| S:a | 3 315 000 |

Region Jämtland - Härjedalen:

200 koloskopier / år
(103 SCREESCO-skopier 2016)

| | |
|--------------------------|------------------|
| Administrativa kostnader | 499 000 |
| Analys FIT-tester | 455 000 |
| Koloskopi | 836 000 |
| S:a | 1 790 000 |

Sammanfattning:

- Allmän screening för kolorektal cancer rekommenderas av både EU-organ och Socialstyrelsen.
- Kolorektalcancerscreening med avföringsprov är effektiv och medicinskt, humanitärt och ekonomiskt lönsam både för samhället och sjukvården.
- Införande av kolorektalcancerscreening i norra regionen förutsätter utbyggnad av koloskopiresurser, utbildningsinsatser och screeningadministration.

Håkan Olsson
Processledare för kolorektal cancer
RCC Norr

Referenser:

Screening för tjock- och ändtarmscancer. Rekommendation och bedömningsunderlag
<http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/screening-tjockandtarmscancer-rekommendation.pdf>

Värdet av populationsbaserad screening för tjock- och ändtarmscancer – hälsoekonomisk analys <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/screening-tjockandtarmscancer-halsoekonomi.pdf>

Zauber AG, WS, O'Brien MJ, Shi W, Bayuga S,. Significant long term reduction in colorectal cancer mortality with colonoscopic polypectomy: findings of the National Polyp Study. *Gastrointest Endosc* 2007; 65(AB268).

Thiis-Evensen, E, Hoff, GS, Sauar, J, Langmark, F, Majak, BM, Vatn, MH. Population-based surveillance by colonoscopy: effect on the incidence of colorectal cancer. *Telemark Polyp Study I. Scandinavian journal of gastroenterology*. 1999; 34(4):414-20.

Hewitson, P, Glasziou Paul, P, Irwig, L, Towler, B, Watson, E. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *Cochrane Database of Systematic Reviews*: John Wiley & Sons, Ltd; 2007.

Kronborg, O, Jorgensen, OD, Fenger, C, Rasmussen, M. Randomized study of biennial screening with a faecal occult blood test: results after nine screening rounds. *Scandinavian journal of gastroenterology*. 2004; 39(9):846-51.

Lindholm, E, Brevinge, H, Haglind, E. Survival benefit in a randomized clinical trial of faecal occult blood screening for colorectal cancer. *The British journal of surgery*. 2008; 95(8):1029-36.

Mandel, JS, Church, TR, Bond, JH, Ederer, F, Geisser, MS, Mongin, SJ, et al. The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. *The New England journal of medicine*. 2000; 343(22):1603-7.

Mandel, JS, Church, TR, Ederer, F, Bond, JH. Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood. *Journal of the National Cancer Institute*. 1999; 91(5):434-7

Scholefield, JH, Moss, S, Sufi, F, Mangham, CM, Hardcastle, JD. Effect of faecal occult blood screening on mortality from colorectal cancer: results from a randomised controlled trial. *Gut*. 2002; 50(6):840-4. 17

Scholefield, JH, Moss, SM, Mangham, CM, Whynes, DK, Hardcastle, JD. Nottingham trial of faecal occult blood testing for colorectal cancer: a 20-year follow-up. *Gut*. 2012; 61(7):1036-40.

Törnberg S, LV, Gustafsson S, Hultkrantz R. Första året med kolorektalcancerscreening i Stockholm. Noggrann monitorering och kvalitetskontroll nödvändigt. *Läkartidningen*. 2010; 107(26-28):1709-11.

G:\NRF\Regionalt Cancer Center\Screening för kolorektal cancer i norra regionen.doc