



Opstart af det nationale screeningsprogram for tyk- og endetarmskræft, 2014-2016



SUNDHEDSSTYRELSENS MONITORE-
RINGSRAPPORT

**Opstart af det nationale screeningsprogram for tyk- og endetarmskræft,
2014-2016**
SUNDHEDSSTYRELSENS MONITORERINGSRAPPORT

© Sundhedsstyrelsen, 2018.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-028-7

Sprog: Dansk
Version: 1
Versionsdato: 26.06.2018
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Juni 2018

Indholdsfortegnelse

Introduktion	4
Resume	5
1. Baggrund	6
1.1. Formålet med tilbuddet om screening for tyk- og endetarmskræft	7
1.2. Sygdomsforekomst	7
1.3. Risikofaktorer og symptomer.....	8
2. Screeningsmetode	9
2.1. Screening ved undersøgelse af afføringsprøve for tegn på usynligt blod	9
2.2. Koloskopi og polypfjernelse.....	9
3. Organiseringen af screeningsprogrammet	10
3.1. Invitationsprocedure.....	10
3.2. Svar på afføringsprøve og indkaldelse til koloskopi	10
3.3. Påmindelse ved udeblivelse til koloskopi.....	11
4. Monitorering og evaluering af screeningsprogrammet	12
4.1. Invitation og frmeldelse.....	12
4.2. Deltagelse og påmindelser	15
4.3. Anormale prøvesvar	17
4.4. Prøvernes egnethed	19
4.5. Koloskopi eller CT-kolografi.....	20
4.6. Komplikationer	22
4.7. Fund ved koloskopi – kræft, kræft i tidlig stadie, polypper og clean colon	23
4.8. Polypper	25
4.9. Clean Colon	27
4.10. Fund ved koloskopi – en oversigt.....	28
Konklusion	29
Referenceliste	32
Bilagsfortegnelse	33

Introduktion

Det nationale screeningsprogram for tyk- og endetarmskræft blev som et led i kræftplan III indført i marts 2014 efter anbefaling fra Sundhedsstyrelsen. Tilbuddet om screening for tyk- og endetarmskræft gives hvert andet år til alle borgere i alderen 50-74 år. Som opfølgning på Kræftplan III, beskriver Sundhedsstyrelsen i denne rapport aktiviteter og resultater for screeningprogrammet for tarmkræft i perioden 2014-2016.

Monitoreringsrapporten omhandlende det nationale screeningsprogram for tyk- og endetarmskræft 2014- 2016 er udarbejdet som en første opfølgning på programmet for at belyse de foreløbige erfaringer og resultater for deltagelse, resultater og udvikling.

De data, der danner grundlaget for rapporten, er indsamlet fra henholdsvis regionernes fælles Invitations og Administrationsmodul (IAM), Landspatientregisteret (LPR), Patologiregisteret (Patobank) og Dansk Kolorectal Cancer Database (DCCG) og har sammenfald med flere af indikatorerne som danner grundlag for årsrapporterne fra Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase.

Sundhedsstyrelsens monitoreringsrapport adskiller sig fra Dansk Tarmkræftscreeningsdatabases (DTS) årsrapport ved i højere grad også at have fokus på procesmål for screeningsprogrammet. Der er således i denne rapport gengivet flere indikatorer, der har fokus på selve organiseringen af screeningsindsatsen såsom overholdelse af tidsfrister til koloskopi og andelen af frameldte borgere. Der er endvidere udvalgt indikatorer som dækker alle dele af screeningsforløbet både i forhold til indkaldelse, selve screeningsundersøgelsen og det efterfølgende forløb.

Resume

Det nationale screeningsprogram for tyk- og endetarmskræft (herefter screeningsprogrammet for tarmkræft) blev indført i marts 2014.

Sundhedsstyrelsen følger med denne monitoreringsrapport op på screeningsprogrammets opstart, de første 2 år og 10 måneder af programmet i perioden 2014-2016. Rapporten er udarbejdet som en første opfølgning på programmet for at belyse de foreløbige erfaringer og resultater for deltagelse, resultater og udvikling af programmet.

Monitoreringsrapporten tager udgangspunkt i en række indikatorer, der måler screeningsprogrammets effekt såvel som de kerneprocesser, der er nødvendige for at opnå de ønskede effekter af programmet. Effektmålene er fund af kræft, fund af kræft i tidlig stadium, fund af forstadier til kræft, m.v. Procesmålene er deltagelsesprocent, forløbstid fra anormalt prøvesvar til videre kikkertundersøgelse af tarmen (koloskopi), andelen af uegnede prøvesvar, m.v.

Monitoreringsrapporten tegner et billede af et screeningsprogram for tarmkræft, der er kommet godt fra land. Det nationale screeningsprogram for tyk- og endetarmskræft har opnået en større deltagelsesprocent end forventet og de regionale sekretariatsfunktioner følger godt med i forhold til udsendelsen af invitationer.

Størstedelen af de målsætninger, som bliver monitoreret og gengivet i denne rapport, er opfyldt tilfredsstillende i forhold til Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger, mens man endnu ikke er kommet helt i land med enkelte målsætninger såsom andelen af falsk positive afføringsprøver samt forløbstid mellem afsendelse af positivt prøvesvar og gennemført koloskopi.

Screeningsprogrammet for tarmkræft bør således følges tæt de næste år og efterfølgende screeningsrunder for at sikre at momentum i den gode opstart fastholdes.

1. Baggrund

I 2001 udgav Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering (MTV) rapporten "*Kræft i tyktarm og endetarm. Diagnostik og screening*". Rapporten fremhævede forebyggelsespotentialet ved at screene for kræft i tyk- og endetarm og anbefalede at der blev lavet en gennemførlighedsundersøgelse.

Efterfølgende gennemførlighedsundersøgelser i Københavns og Vejle amter 2005-2006 viste dels, at 48 % af de inviterede tog i mod tilbuddet om tarmkræftscreening, og at 64 % af de identificerede kræfttilfælde blev fundet i tidlige stadier af sygdommen. Undersøgelserne viste desuden, at det praktisk var muligt at gennemføre en screeningsundersøgelse for tarmkræft, og at komplikationshyppigheden ikke var større end forventet.

Sundhedsstyrelsen udgav derfor i 2008 en supplerende MTV-analyse "*Screening for tarmkræft. Deltagelsesprocentens betydning – en medicinsk teknologivurdering*". Analysen viste, at deltagelsesprocenten skal under 40 %, før udgifterne per vundet leveår overstiger 100.000 kr., hvilket svarer til omkostningerne ved screening for livmoderhalskræft og brystkræft.

Kræftstyregruppen anbefalede herefter i 2008 Sundhedsstyrelsen, at der blev indført et nationalt screeningsprogram for tyk- og endetarmskræft i Danmark. Det indgik heri, at der dels burde opstilles nationale anbefalinger for screeningsindsatsen og dels etableres en klinisk database til opfølgning af programmets gennemførelse.

Sundhedsstyrelsen udgav 2010 "*Anbefalinger vedrørende screening for tyk- og endetarmskræft*", som Kræftstyregruppen forinden havde tilsluttet sig. Rapporten, som efterfølgende er opdateret i version 2 i 2012, indeholder en række anbefalinger til indhold, organisering og monitorering af den nationale screeningsindsats.

Første runde af det nationale screeningsprogram tyk- og endetarmskræft blev igangsat i regi af de fem regioner marts 2014. Første screeningsrunde strækker sig, grundet opstarten og den dertil knyttede etableringsfase, over fire år (2014-2017), hvorefter screeningsprogrammets målgruppe overgår til at blive inviteret hvert andet år. Denne monitoreringsrapport gengiver data fra de første 3 år ud af den første screeningsrundes 4 år.

Der er til programmet etableret en klinisk kvalitetsdatabase i regi af Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase (DTS), som monitorerer screeningsindsatsen via udsendelsen af årsrapporter.

1.1. Formålet med tilbuddet om screening for tyk- og endetarmskræft

Formålet med screeningsprogrammet for tyk- og endetarmskræft (herefter tarmkræft) er dels at nedsætte dødeligheden af sygdommen ved at finde kræfttilfælde i tidlige stadier, så der er bedre mulighed for helbredelse, og dels at forebygge udviklingen af kræft ved at identificere og fjerne forstadier til sygdommen.

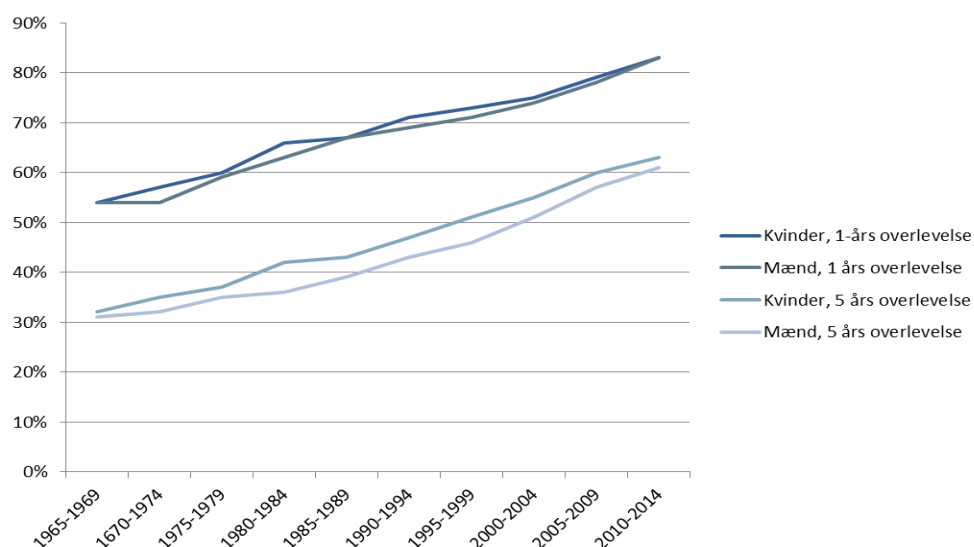
I Sundhedsstyrelsens rapport "Anbefalinger vedrørende screening for tyk- og endetarmskræft, 2012" angives en anslået detektionsrate på 4,2 kræfttilfælde per 1.000 deltagere i screeningsprogrammet, mens den tilsvarende andel for fund af lavrisikopolypper anslås at være 10,4 per 1.000 deltagere.

1.2. Sygdomsforekomst

Tarmkræft er den tredjehyppigste kræftform for både mænd og kvinder i Danmark og er forbundet med høj dødelighed. I perioden 2010-2014 blev der på årlig basis konstateret gennemsnitligt 4.652 tilfælde af tarmkræft i Danmark, svarende til over 12 % af alle kræfttilfælde på landsplan. I samme periode var der årligt gennemsnitligt 1.883 danskere, som døde af tarmkræft (2). Kræft i tyktarmen er hyppigere end kræft i endetarmen, således at kræft i tyktarmen udgjorde 2/3 af alle tilfælde af tarmkræft i 2010-2014 (3; 4). Tarmkræft rammer i langt de fleste tilfælde personer over 50 år og er hyppigere blandt mænd end kvinder. Risikoen for tarmkræft samt risikoen for at dø af tarmkræft stiger med alderen.

Risikoen for at mænd får tarmkræft er siden 1960 steget med næsten 30 %, mens den for kvinder har været nogenlunde konstant i samme periode. Omvendt har risikoen for at dø af tarmkræft været faldende for både mænd og kvinder. Af figur 1 fremgår det således, at det for både mænd og kvinder gælder, at 8 ud af 10 personer, der får konstateret tyk- eller endetarmskræft, vil være i live efter 1 år og 6 ud af 10 vil være i live efter 5 år (2).

Figur 1. Relativ overlevelse 1 og 5 år efter tarmkræft diagnose for mænd og kvinder i perioden 1965-2014



1.3. Risikofaktorer og symptomer

Risikofaktorer for at udvikle tarmkræft inkluderer rygning, fiberfattig kost og forekomst af arvelige former for tarmkræft i familien. Borgere med visse former for arvelig tarmkræft tilbydes kontrolforløb uden for dette screeningsprogram, og indgår således ikke i screeningsprogrammet. Tarmkræft forekommer dog ofte hos personer uden ovennævnte risikofaktorer, og ofte ved man ikke, hvorfor en person får tarmkræft.

Symptomerne på tarmkræft er som regel ikke særlig tydelige og kan godt minde om andre og mere harmløse mave-tarmproblemer. Ofte viser mærkbare symptomer sig sent i sygdomsforløbet og udtrykker sig mest almindeligt som ændret afføringsmønster, uforklarlig træthed, mavesmerter, vægttab, fornemmelse af at tarmen ikke tømmes ordentligt, blod eller slim i afføringen. Mange af de nævnte symptomer ses også ved godartet sygdom, men især hos personer over 50 år bør de nævnte symptomer afstedkomme nærmere udredning.

2. Screeningsmetode

2.1. Screening ved undersøgelse af afføringsprøve for tegn på usynligt blod

I Danmark består screeningen for tarmkræft af undersøgelse af en afføringsprøve for tegn på blod. I invitationen til screeningsprogrammet for tarmkræft er der vedlagt et prøvesæt til opsamling af afføringsprøve. Borgerne opsamler og indsender selv prøven.

Blod i afføringen kan ikke nødvendigvis ses med det blotte øje, men kan afsløres ved at teste en afføringsprøve. Der findes flere forskellige metoder til at påvise usynligt blod i afføringen, men indenfor de seneste år har immunkemiske metoder (iFOBT) vundet indpas og anvendes i Danmark. iFOBT metoden gør brug af antistoffer, der specifikt genkender antigener på humant blod eller nedbrydningsprodukter herfra og testen kan aflæses maskinelt.

Påvises der ved laboratorieundersøgelse tegn på blod i afføringen, har borgeren en øget risiko for tarmkræft og tilbydes videre udredning med en kikkertundersøgelse af tarmen (koloskopi).

2.2. Koloskopi og polypfjernelse

Tarmkræft kan opstå, når celler i tarmen begynder at vokse som udvækster (polypper) på indersiden af tarmslimhinden. Disse udvækster er oftest godartede, men nogle polypper, også kaldet adenomer, kan udvikle sig til kræft. Koloskopi kan vise, om blodet i afføringen stammer fra en kræftknode, eller har en anden årsag, f.eks. rifter ved endetarmsåbningen.

I forbindelse med koloskopien bliver eventuelle polypper fjernet og den enkelte patients risiko for tarmkræft bliver vurderet ud fra antallet af polypper, deres størrelse og histologiske karakteristika. På baggrund af disse parametre bliver patientens polypper inddelt i lav-, mellem- eller højrisiko adenomer for udvikling af kræft. Ved fund af lavrisiko adenomer opfordres patienten til at fortsætte i det nationale screeningsprogram for tarmkræft. Ved fund af mellem- eller højrisiko adenomer henvises patienten til et opfølgende kontrolprogram og ved begrundet mistanke om tarmkræft iværksættes et kræftpakkeforløb.

I Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger for tarmkræftscreeningsprogrammet er det estimeret at der ved koloskopi og polypfjernelse forventes en komplikationsrisiko på under 0,2 %. Borgere, der koloskoperes uden fund af polypper, såkaldt 'clean colon', har betydelig nedsat risiko for senere at udvikle tarmkræft i forhold til baggrundsbefolkningen. Borgere med clean colon kan derfor holde en screeningspause og vil ikke blive inviteret til de følgende tre screeningsrunder, svarende til otte år.

3. Organiseringen af screeningsprogrammet

Som driftsherre af syghusvæsenet er det de fem regioner og tilhørende screeningssekretariater, der har ansvaret for tilrettelæggelsen og gennemførelse af screeningsprogrammet for tarmkræft.

3.1. Invitationsprocedure

Det er besluttet, at screeningen – efter den initiale udrulning af programmet - skal tilbydes hver andet år til alle borgere i alderen 50 til 74 år. Der skal således udsendes tæt på 1 mio. invitationsbreve per år, dvs. omkring 19.000 invitationer per uge. I forbindelse med indførelsen af tarmkræftscreeningsprogrammet er det besluttet, at den første invitationsrunde vil forløbe over en fireårig indkøringsperiode (2014-2017), hvorfor det er planlagt at udsende halvt så mange invitationer årligt de fire første år. Borgere bliver i indkøringsperioden inviteret afhængig af fødselsmåned. Det gælder dog ikke de borgere, der fylder 50 år eller 75 år undervejs i den fireårige periode. De inviteres kort efter deres fødselsdag, hvis de ikke allerede har været inviteret. Alle borgere har mulighed for at framelde sig tilbuddet enten midlertidigt eller permanent.

I invitationen til screeningsprogrammet for tarmkræft er der vedlagt en informationspjece, en vejledning til opsamling af afføringsprøve samt prøvesæt og frankeret svarkuvert. Såfremt borgeren ikke indsender en afføringsprøve senest 45 dage efter udsendelsen af invitationsbrev, udsendes der en påmindelse via digital post til borgeren.

3.2. Svar på afføringsprøve og indkaldelse til koloskopi

For at sikre en ensartet og høj kvalitet af prøveresultaterne er laboratoriefunktionen til undersøgelse af de indsendte prøver centraliseret regionalt. For at sikre tilstrækkeligt grundlag for et højt kompetenceniveau anbefaler Sundhedsstyrelsen, at hvert laboratorium analyserer minimum 25.000 prøver årligt. De regionale screeningssekretariater orienteres elektronisk om resultatet af afføringsprøven og udsender herefter skriftligt svar til borgeren. Svarbrevet skal sendes til borgeren senest syv kalenderdage efter, at prøven er modtaget i laboratoriet. Ved en negativ prøve får borgeren svar, at der ikke er tegn på blod i afføringen og oplyses om, at vedkommende vil blive inviteret til at deltage i screeningsprogrammet igen om to år. Hvis prøven findes uegnet, får borgeren tilsendt et nyt prøvesæt.

Hvis der er påvist tegn på blod i afføringen, altså en positiv afføringsprøve, får borgeren i sit svarbrev en indkaldelse til koloskopi på nærmeste skopienhed og egen læge bliver

orienteret om prøvesvaret. Borgeren skal per lovkrav have tilbudt en tid til koloskopi, som ligger senest 14 dage efter positivt prøvesvar. Borgeren oplyses i svarbrevet samtidig om, at tegn på blod i afføringen ikke nødvendigvis skyldes kræft. I svarbrevet medsendes en pjece med information om fordele og ulemper ved koloskopi undersøgelsen.

3.3. Påmindelse ved udeblivelse til koloskopi

Såfremt en borger, hos hvem der er påvist tegn på blod i afføringen, ikke møder op til koloskopi, vil de regionale screeningssekretariater sende op til to påmindelsesbreve og eventuelt tage telefonisk kontakt til borgeren. Det er kun borgeren selv, der vil blive kontaktet af screeningssekretariaterne, da lovgivningen forhindrer, at regionen uden patientens eksplicite samtykke udsender information om udeblivelse til borgerens egen læge.

4. Monitorering og evaluering af screeningsprogrammet

Sundhedsstyrelsen har ifølge Kræftplan III et overordnet ansvar for løbende at evaluere og optimere de nationale screeningsprogrammer på kræftområdet, herunder at igangsætte en ensartet og systematisk opfølgning på programmerne med fokus på resultatopfølgning, deltagelsessikring og effekten af programmerne. Sundhedsstyrelsen har derfor udvalgt 19 indikatorer til monitorering af tarmkræftscreeningsprogrammet (se bilag 1). De første 10 indikatorer af de 19 indikatorer er defineret af den faglige styregruppe for Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase, som uafhængigt af Sundhedsstyrelsen udgiver en årsrapport.

De udvalgte indikatorer belyser såvel effekt- og procesmål for screeningsprogrammet. Effektmål bliver monitoreret ved indikatorer som forekomst af tarmkræft, kræft i tidlig stadium, fund af polypper såvel som komplikationer til screening, mens procesmål monitoreres ved indikatorer som deltagelse, andel framelde borgere og varighed fra positiv afføringsprøve til dato for koloskopi, m.v.

Denne rapport er således en afrapportering på opstarten af tarmkræftscreeningsprogrammet dækkende perioden fra 1. marts 2014 - 31. december 2016.

4.1. Invitation og framelde

4.1.1. Udsendte invitationer

Screeningen for tarmkræft tilbydes hvert andet år til alle borgere i alderen 50 til 74 år. Når programmet er fuldt implementeret skal der således udsendes ca. 1 mio. invitationsbreve per år. Den første screeningsrunde vil dog forløbe over en fireårig indkøringsperiode (2014-2017), og antallet af udsendte invitationer vil derfor i første screeningsrunde være ca. 500.000 i gennemsnit om året.

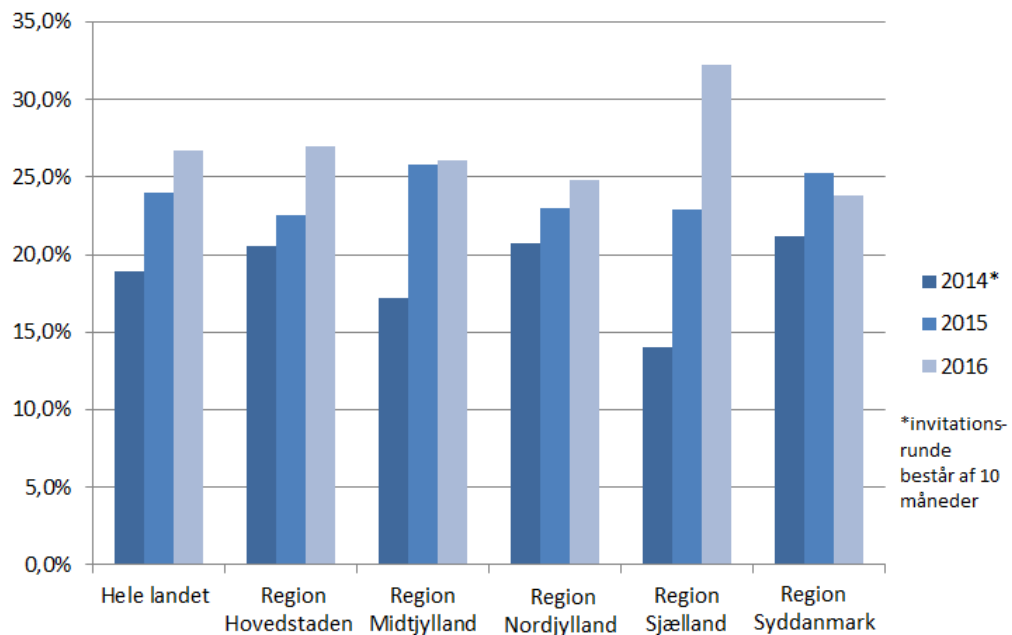
I de første ti måneder af screeningsprogrammet (marts-december 2014), blev der på landsplan udsendt 390.558 invitationer svarende til 18,9 % af det planlagte totale antal for den 4 årige indkøringsperiode. For 2015 gælder det, at der blev udsendt 495.696 invitationer svarende til 24 % af det planlagte antal for den 4 årige indkøringsperiode. Endeligt blev der i 2016 udsendt 551.582, svarende til 26,7 % af invitationerne planlagt udsendt i første udsendelsesrunde. Det er forventeligt, at udsendelsesraten stiger år for år, alt efter screeningsprogrammet bliver sat i system og rutiner indkørt.

Lægges tallene for de første tre af screeningsrundens fire år sammen, så giver det 70 % udsendte invitationer ud af det samlede antal invitationer i første screeningsrunde. For at

alle i screeningspopulationen (50-74 årige) skal nå at blive inviteret, betyder det, at der i 2017 skal sendes invitationer ud til de resterende 30 %.

Andelen af invitationer udsendt i 2014-2016 ud af den samlede fireårige screeningsrunde fremgår af figur 2.

Figur 2. Andel invitationer udsendt i 2014-2016 fordelt på region



Af figur 2 ses det, at Region Syddanmark i 2014 havde den højeste andel af udsendte invitationer (21,8 %), mens Region Sjælland havde den laveste (14,8 %). I 2015 fordeler andelen af udsendte invitationer sig meget jævnt i regionerne varierende med maksimalt to procentpoint. I 2016 har Region Sjælland imidlertid taget et spring fremad til 32,2 % udsendte invitationer, mens de øvrige regioner procentuelt ligger i midten af tyverne i 2016.

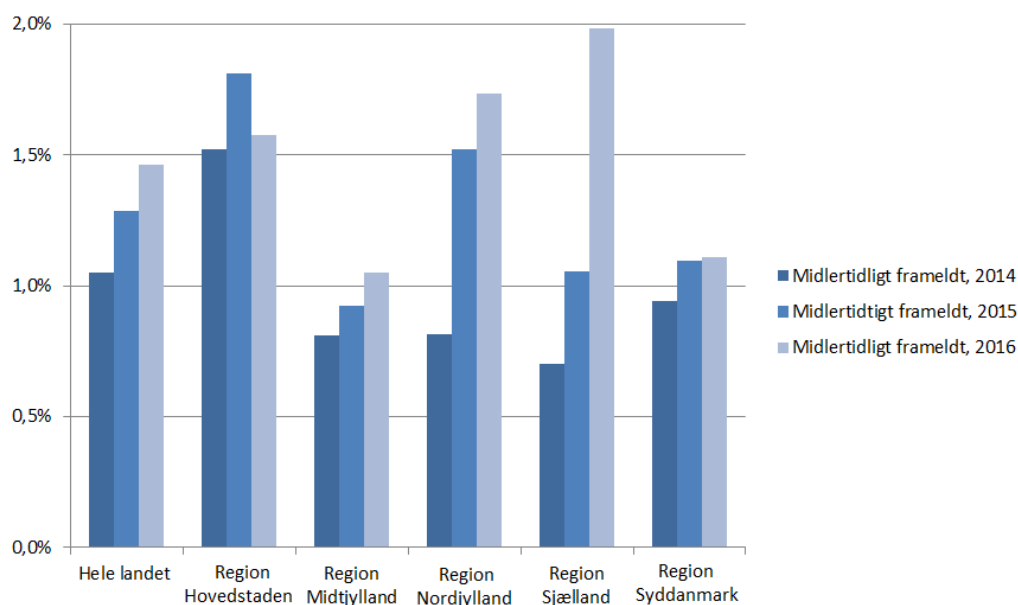
4.1.2. Frameldelse

De fem regioner har ansvaret for at tilrettelægge screeningsprogrammet og det er derfor regionernes opgave at udsende invitationer samt registrere, hvis en borger framelder sig tilbuddet om screening midlertidigt, dvs. for pågældende screeningsrunde, eller permanent.

Af figur 3 nedenfor fremgår det, at 1,1 % (4106) af de inviterede, ved udgangen af 2014, på landsplan havde valgt at framelde sig screeningsprogrammet midlertidigt. Ved udgangen af 2015 var det tilsvarende tal 1,3 %, mens det ved udgangen af 2016 var 1,5 %. Det kan ses af figur 3 nedenfor, at andelen af midlertidigt frameldte i 2014-2015 var højest i Region Hovedstaden, men at Region Sjælland og Region Nordjylland i 2016 har overha-

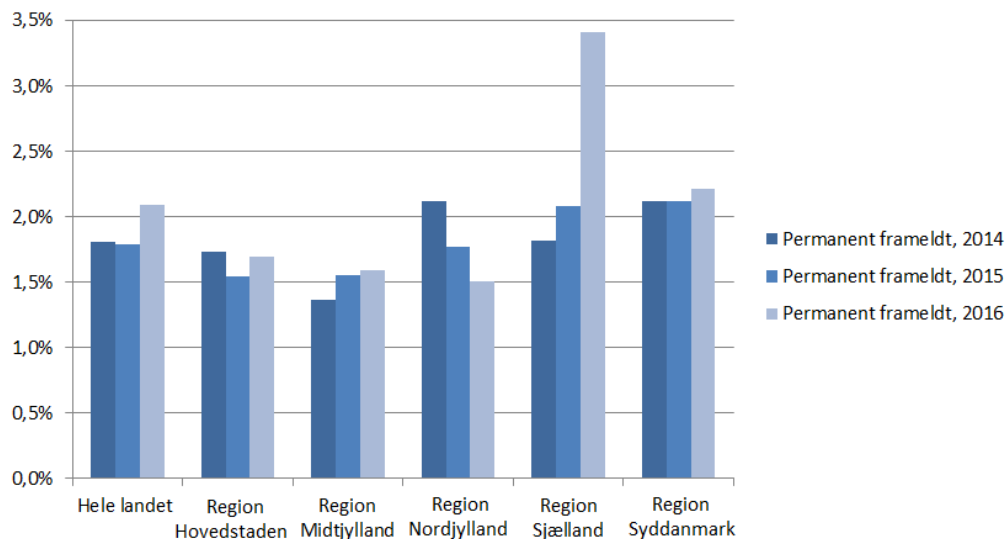
let Region Hovedstaden, idet de to regioners andel af midlertidigt framelde ved udgangen af 2016 ligger tæt på de 2,0 %.

Figur 3. Midlertidige framelde ved udgangen af 2014-2015, fordelt på region



I det udsendte invitationsbrev beskrives det, hvordan borgeren elektronisk kan framelde sig screeningsprogrammet permanent. I både 2014 og 2015 valgte 1,8 % af de inviterede borgere på landsplan at framelde sig screeningsprogrammet permanent, mens andelen af permanente framelde i 2016 steg til 2,1 %. Det må forventes, at andelen af permanent framelde stiger jo længere tid screeningsprogrammet har været implementeret, da mange først framelde sig programmet, når de har modtaget invitationen. Andelen af permanente framelde fordeler sig nogenlunde jævnt mellem regionerne i 2014 og 2015 lige under de 2 %, men stiger i 2016 markant i Region Sjælland (3,4 %), hvilket illustreres i figur 4 nedenfor.

Figur 4. Permanente framelde ved udgangen af 2014-2016, fordelt på region

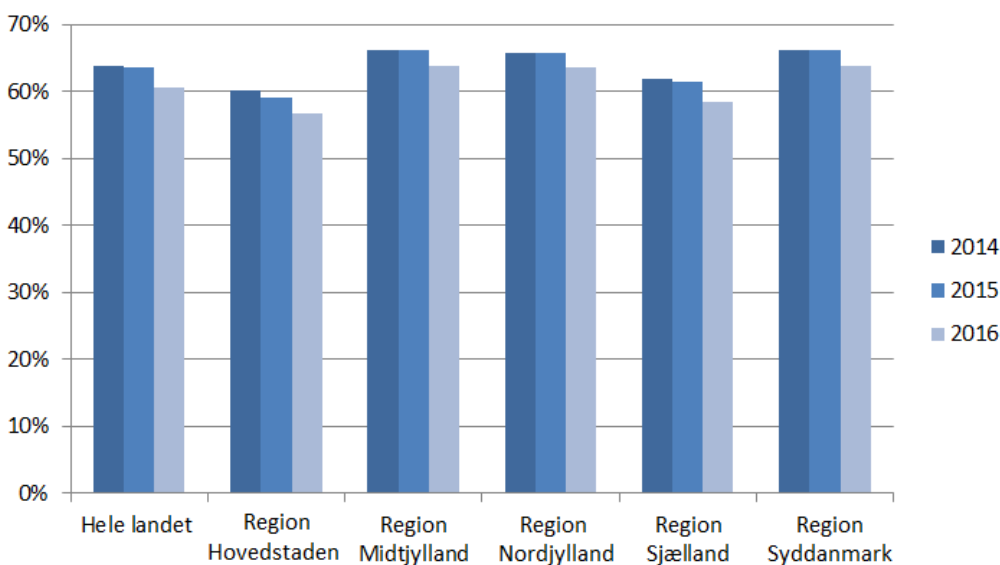


4.2. Deltagelse og påmindelser

I perioden fra den 3. marts 2014 til den 31. december 2014 valgte 249.155 af de inviterede borgere på landsplan at deltage i screeningsprogrammet for tarmkræft ved at indsende en afføringsprøve, svarende til en deltagelsesprocent på 63,8 %. I 2015 lå andelen af deltagere på næsten samme niveau med 63,6 %. I 2016 faldt deltagelsen dog med næsten 3 procentpoint til 60,8 % på landsplan. Se også figur 6a.

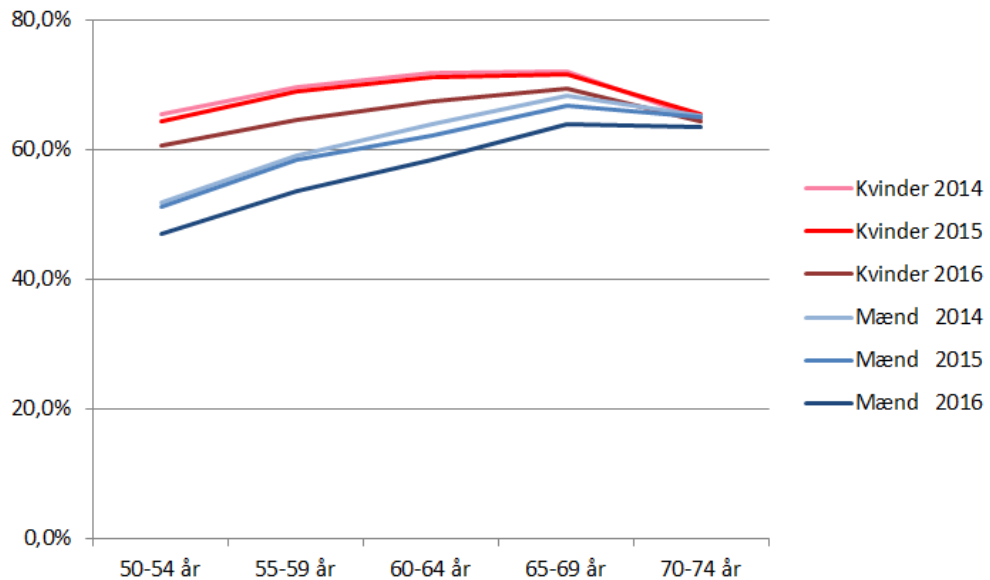
Regionalt varierede deltagelsen i både 2014 og 2015 med op til syv procentpoint, varierende fra højeste deltagelse i Region Syddanmark (2014: 66,3 % og 2015: 66,2 %) til lavest deltagelse i Region Hovedstaden (2014: 60,2 % og 2015: 59,0 %), illustreret i figur 6a. I 2016 faldt deltagelsen i Region Hovedstaden yderligere til 56,8 %. Region Sjælland har også lavere deltagelse end landsgennemsnittet i 2016 med 58,6 %, mens de tre øvrige regioner har den højeste grad af deltagelse i 2016 lige under de 64 %. Se figur 6a nedenfor.

Figur 6a. Deltagelse i screeningsprogrammet 2014-2016, fordelt på region



Tidligere undersøgelser har vist, at kvinder i højere grad end mænd deltager i screeningsprogrammet for tarmkræft, ligesom tilslutningen stiger for begge køn med alderen (15). I figur 6b er deltagelsen i screeningsprogrammet for tarmkræft i årene 2014-2016 illustreret ved fordeling på køn og alder. Tallene i figur 6b bekræfter resultaterne fra tidligere undersøgelser, idet kvinder generelt deltager i højere grad end mænd, ligesom alder har indflydelse på deltagelse for begge køn. Jo ældre desto større deltagelse. Men figur 6b viser også, at deltagelsen falder for borgere efter 70 års alderen, ligesom kønsforskellene i deltagelsen mindskes over årene og helt udjævnes efter de 70 år.

Figur 6b. Deltagelse i screeningsprogrammet 2014-2016, fordelt på alder og køn

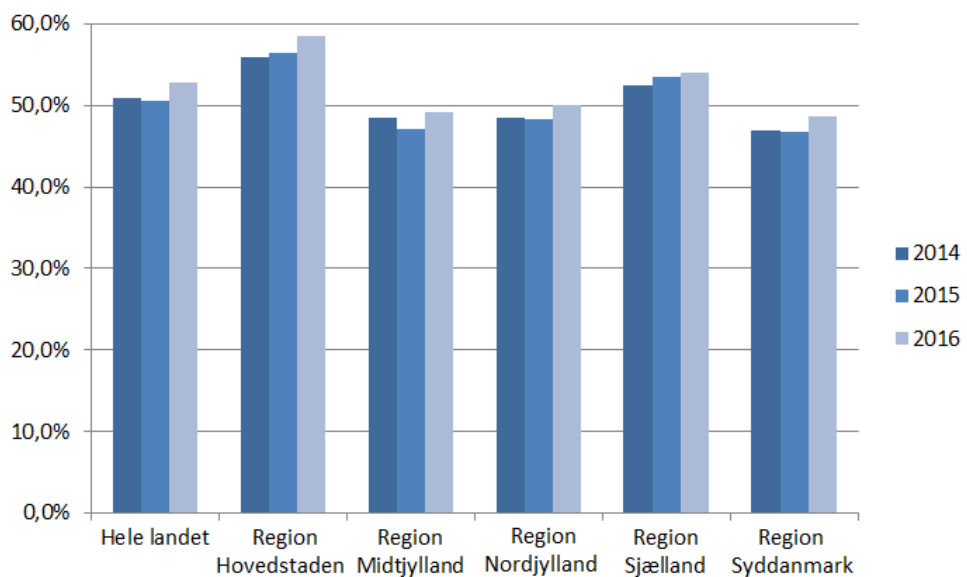


Sundhedsstyrelsen forventede i sine anbefalinger vedrørende screening for tyk- og endetarmskræft fra 2012 en deltagelse på 59,6 % (13). Efter to indledende år med højere deltagelsesprocenter på landsplan (63,8 % i 2014 og 63,6 % i 2015), er screeningsprogrammet i 2016 nået ned på et mere forventeligt niveau (60,8 %).

4.2.1. Påmindelser

Af de borgere, som fik tilsendt en invitation til screening, modtog 51 % i 2014, 51 % i 2015 og 53 % i 2016 på landsplan en automatisk påmindelse otte uger efter den primære invitation, som følge af manglende svar på screeningsprøven. Andelen af borgere som efter otte uger fik tilsendt en påmindelse (1. påmindelsesbrev) fremgår af figur 7a. Fordelt på region.

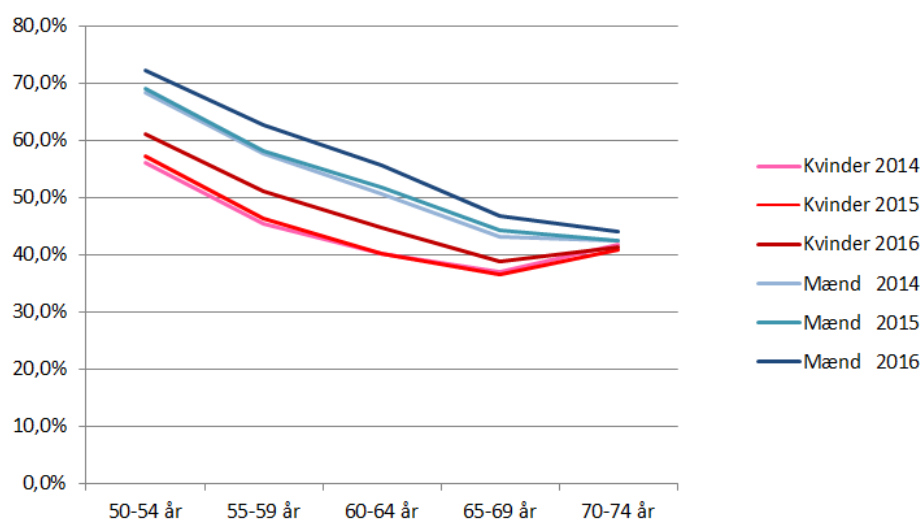
Figur 7a. Andel påmindelser udsendt i 2014-2016 fordelt på region



For alle år 2014-2016 gælder det, at af de borgere som fik en tilsendt en invitation, fik den største andel i Region Hovedstaden en påmindelse (2014: 55,9 %, 2015: 56,4 % og 2016: 58,5%) grundet manglende modtagelse af screeningsprøve inden for otte uger, mens Region Syddanmark udsendte den laveste andel af påmindelser (2014: 47 %, 2015: 46,8 % og 2016: 48,6 %).

Stigende alder er forbundet med lavere andel af udsendte påmindelser, hvilket gælder for både mænd og kvinder (figur 7b). Altså, jo ældre den inviterede borger er desto større er sandsynligheden for, at borgeren deltager efter første invitation. Det stemmer godt overens med risikoen for at udvikle tarmkræft, som er stigende med alderen. Omvendt forholder det sig dog, når man ser på fordelingen af påmindelser mellem kønnene. Her får flere mænd end kvinder tilsendt påmindelser på trods af, at mændene har størst risiko for at udvikle tarmkræft. Forskydningen mellem kønnene bortfalder dog stort set i aldersgruppen 70-74 år.

Figur 7b. Påmindelser udsendt i 2014-2016 fordelt på køn og alder



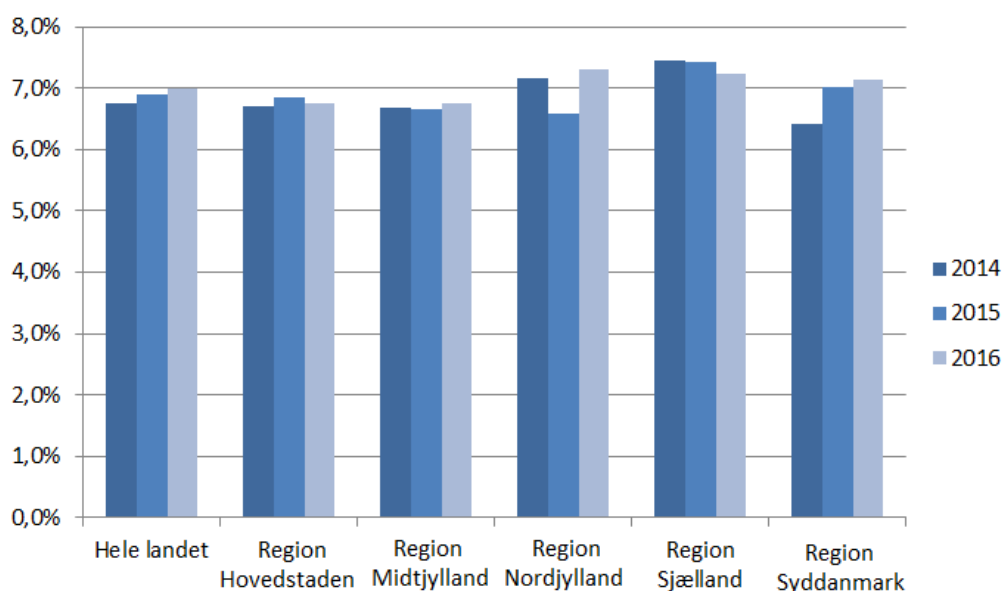
Det er et lovkrav, at der ved anormale (positive) prøvesvar udsendes svarbrev til borgerne senest syv kalenderdage efter prøvemodtagelse i laboratoriet. Såfremt der findes tegn på blod i den indsendte afføringsprøve, vil borgeren modtage informationsmateriale, som oplyser om, at der ikke nødvendigvis er tale om kræft, men at en yderligere undersøgelse er nødvendig med henblik på afklaring. Det har desværre ikke været muligt for Sundhedsstyrelsen at indhente data for varigheden fra konstateret normalt prøvesvar til afsendelse af svarbrev til borgeren.

4.3. Anormale prøvesvar

Andelen af anormale (positive) prøvesvar på landsplan, altså andelen af afføringsprøver, hvor der blev fundet tegn på blod i prøven, lå i 2014 på 6,8 %, i 2015 på 6,9 % og i 2016 på 7,0 %. Altså nogenlunde stabilt i perioden 2014-2016. De regionale forskelle i andelen

af anormale prøvesvar var også relativt små med en variation på op til 1 procentpoint, illustreret i figur 8.

Figur 8. Tegn på blod i afføringsprøve i 2014-2016, fordelt på region



Med afsæt i viden indhentet fra hollandske studier forventede Sundhedsstyrelsen i sine faglige anbefalinger vedrørende screening for tyk- og endetarmskræft, at andelen af afføringsprøver med tegn på blod, indsendt som del af screeningsprogrammet, ville ligge på omkring 5,3 % nationalt (13). Der har således i de første tre år af screeningsprogrammet været en noget højere andel af anormale prøver end forventet. Det kan skyldes flere forhold.

Erfaringsmæssigt ved man, at når et screeningsprogram indføres, vil man også finde flere tilfælde af kræft end hvis programmet har løbet over mange år. Det kaldes for et prævalens peak. Den forhøjede forekomst vil falde og udlignes ved efterfølgende screeningsrunder.

En anden og mere teknisk forklaring på den højere forekomst af anormale prøvesvar er, at bufferen i prøveopsamlingsbeholderen med tiden er forbedret, hvilket har øget holdbarheden af det blod, der måtte være i afføringen og hermed testens følsomhed. Samtidig har de forbedrede beholdere også medført en lav forekomst af uegnede prøver.

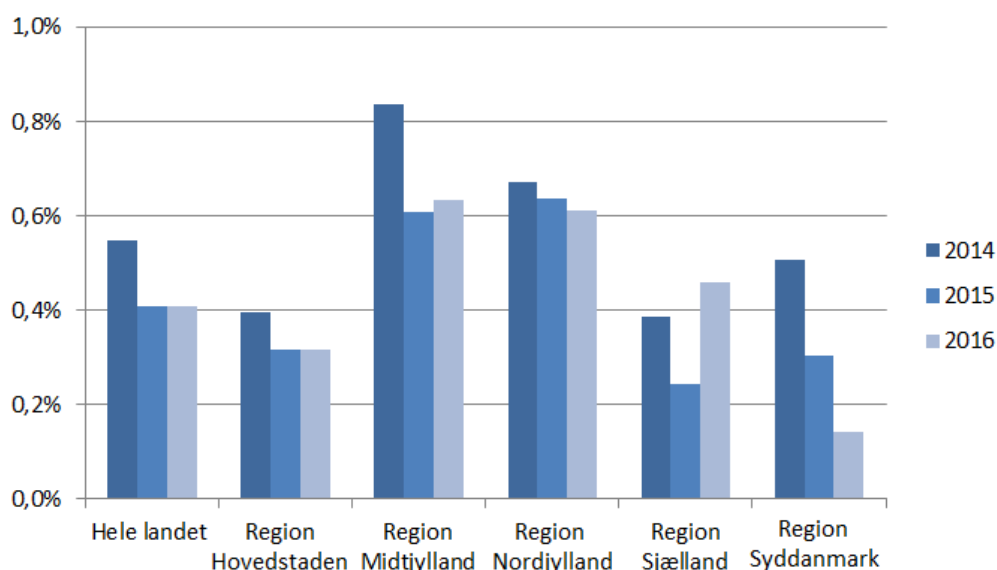
At der ved screeningen findes tegn på blod i flere afføringsprøver end forventet kan give kapacitetsmæssige udfordringer, eftersom det betyder, at flere borgere end oprindeligt estimeret, skal have en kikkertundersøgelse af tarmen (koloskopi). Det betyder også, at det kan være nødvendigt for regionerne at udvide deres koloskopi kapacitet ved dels at uddanne flere koloskopører og ved dels at effektivisere indsatsen.

En måde at reducere den høje forekomst af anormale (positive) prøvesvar, kunne være at hæve cut-off værdien for, hvornår en afføringsprøve anses for at være positiv for blod. Risikoen herved er imidlertid, at man så vil overse flere kræfttilfælde.

4.4. Prøvernes egnethed

I 2014 blev 0,5 % af de indsendte afføringsprøver på landsplan fundet uegnede til at gennemføre iFOBT-test og kunne derfor ikke bruges til at bestemme, om der var tegn på blod i afføringen. Det tilsvarende tal for 2015 og 2016 var 0,4 %. De regionale forskelle er illustreret i figur 9 nedenfor og viser, at andelen af uegnede prøver varierer fra år til år. I 2014 havde Region Sjælland og Region Hovedstaden den laveste andel af uegnede prøver med 0,4 %. I 2015 og 2016 var det både Region Sjælland, Region Hovedstaden og Region Syddanmark, der havde færrest uegnede prøver. Region Nordjylland og Region Midtjylland har henover perioden 2014-2016 haft en andel af uegnede prøver i omegnen af 0,6 % - 0,8 %. De primære årsager til uegnede prøver er, at borgeren ikke har lukket prøverøret ordentligt, prøvemærkatene ikke er fastgjort ordentligt eller at borgeren har afsat for lidt afføring i det dertil hørende prøvesæt.

Figur 9. Afføringsprøver fundet uegnede fordelt på region, 2014-2016



EUs retningslinjer for kvalitetssikring af screeningsprogrammet for tarmkræft beskriver, at en andel af uegnede prøver på under 3 % er acceptabelt, men at en andel under 1 % er ønskeligt (14). Sundhedsstyrelsen vurderer på baggrund heraf, at niveauet for andelen af uegnede prøver er meget tilfredsstillende i alle regioner.

4.5. Koloskopi eller CT-kolografi

Ved fund af tegn på blod i afføringen vil borgeren modtage et tilbud fra regionen om yderligere undersøgelse ved koloskopi (kikkertundersøgelse af tarmen). Undersøgelsesdatoen skal ifølge lovkrav ligge indenfor 14 kalenderdage fra dato for positiv afføringsprøve. Koloskopien er afgørende for at kunne afgøre, hvorvidt fundet af tegn på blod skyldes tarmkræft, polypper (forstadier) eller helt andre årsager såsom små rifter i tarmen.

Borgere, for hvem det ikke har været muligt at gennemføre koloskopi, eller som ikke har ønsket koloskopi, henvises til CT-kolografi. Den største udfordring i forhold til gennemførelse af en koloskopi er ufuldstændig tarmudtømning.

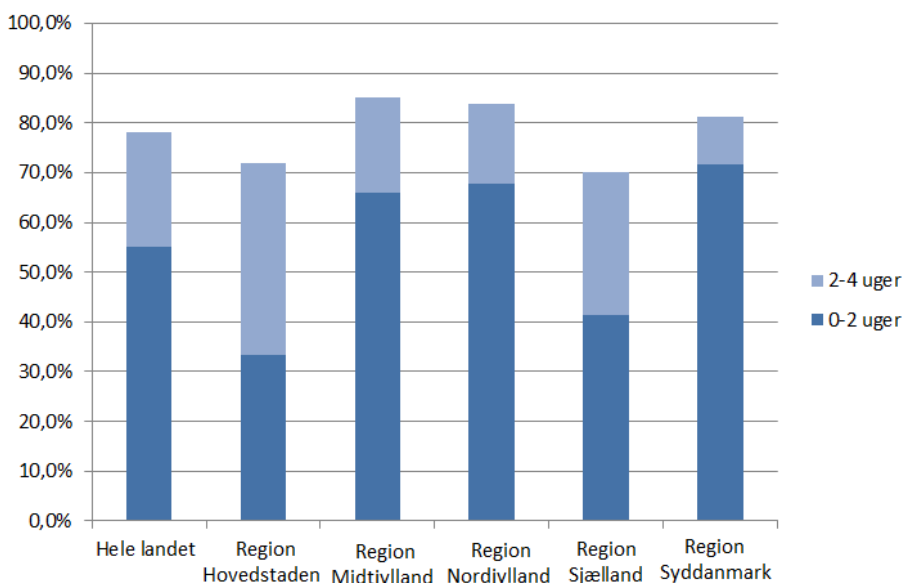
Af de borgere, som fik påvist tegn på blod i afføringsprøven fik 87,7 % på landsplan i 2014 efterfølgende foretaget en koloskopi eller CT-kolografi med henblik på udredning (ikke illustreret). Det tilsvarende tal for 2015 og 2016 var 89,7 % begge år. Tallene varierer ikke væsentligt fra region til region, som alle ligger tæt på de 90 %. Der er heller ikke betydeligt variation i alder og køn, når man ser på de borgere, som udeblev fra koloskopi eller CT-kolografi efter en anormal (positiv) afføringsprøve. Skulle man nævne et enkelt forhold er det, at borgere i aldersgruppen 70-74 år generelt ligger et par procentpoint lavere end de yngre aldersgrupper.

4.5.1. Koloskopi indenfor 14 kalenderdage efter anormalt prøvesvar

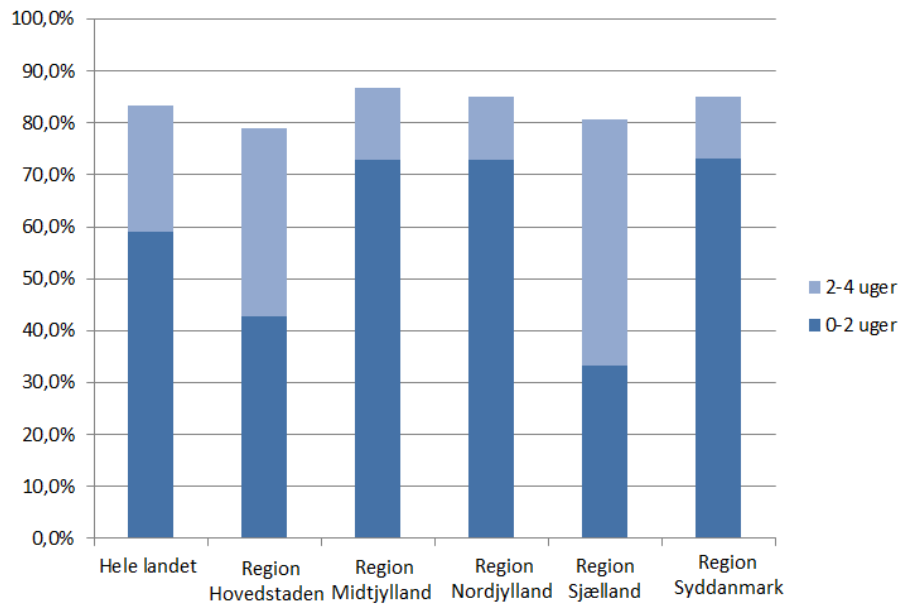
Andelen af borgere, der på landsplan fik foretaget den første koloskopi senest 14 kalenderdage efter, at der blev fundet tegn på blod i deres afføringsprøve var 55 % i 2014, 59 % i 2015 og 62,6 % i 2016. Den stigende tendens vurderes at være en god udvikling, idet ventetiden kan være vanskelig og angstfyldt for borgerne.

Der var store regionale forskelle på forløbstiden som vist i figur 10a-c.

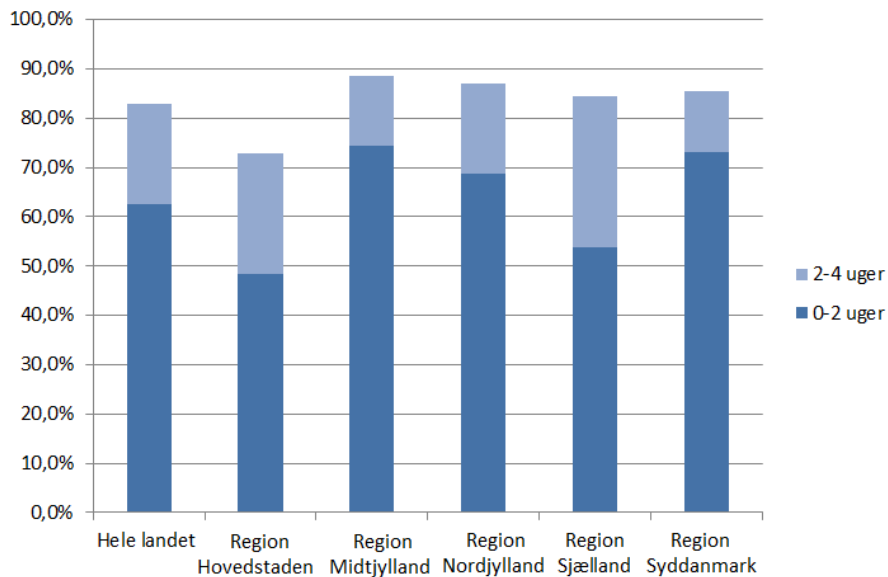
Figur 10a. Forløbstid til koloskopi/CT kolografi i 2014, fordelt på region



Figur 10b. Forløbstid til koloskopi/CT kolografi i 2015, fordelt på region



Figur 10c. Forløbstid til koloskopi/CT kolografi i 2016, fordelt på region



Som det ses af ovenstående figurer 10a-c er der relativt store regionale forskelle i forløbstiden til koloskopi/CT kolografi, når man ser på lovkravet om 0-2 uger. Region Hovedstaden havde i 2014 den laveste andel af borgere (33,4 %), som blev koloskoperet indenfor 14 dage (0-2 uger) efter anormalt prøvesvar, efterfulgt af Region Sjælland med 41,4 %. I 2015 havde Region Sjælland derimod den laveste opfyldelsesgrad (33,3 %),

mens Region Hovedstadens andel steg til 42,8 %. I 2016 er det igen disse to regioner, der har den laveste opfyldelsesgrad med henholdsvis 48,3 % i Region Hovedstaden og 53,9 % i Region Sjælland. Og selvom andelen stiger, så er der fortsat et stykke vej op til landets øvrige tre regioner. Andelen af koloskoperede indenfor for 14 dage efter anormal afføringsprøve lå således i Region Syddanmark på 71,6 % i 2014, 73,2 % i 2015 og 73,0 % i 2016. Også Region Midtjylland og Region Nordjylland ligger på en andel omkring de 70 % i opfyldelsesgrad. Altså en forskel mellem regionerne på op til 20 procentpoint.

Medregner man også intervallet 2-4 uger, ser tallene dog mere ensartede ud på tværs af regionerne. Igen kan det dog konstateres, at Region Hovedstaden også, når resultatet opgøres efter fire uger alle tre år ligger under landsgennemsnittet.

Det er værd at bemærke, at lovkravet om maksimalt 14 kalenderdages ventetid på koloskopi efter positivt prøvesvar, omhandler tilbudt undersøgelsesdato for koloskopi og ikke som opgjort i figur 10a-c, selve datoen for den gennemførte koloskopi. Der kan være flere årsager til, at koloskopien ikke fuldføres den dag den oprindeligt tilbydes. Nogle borgere ændrer selv deres tid til koloskopi til et senere tidspunkt, mens andre simpelthen ikke møder ikke op. Endeligt kan der være forhold ved borgernes ko-morbiditet som medfører, at koloskopien må udskydes. Det har ikke været muligt for Sundhedsstyrelsen at indhente data for, hvornår patienterne rent faktisk er blevet tilbudt tid til koloskopi og hvor stor en andel af patienterne, der har valgt at udskyde den oprindeligt tilbudte tid til koloskopi til et senere tidspunkt.

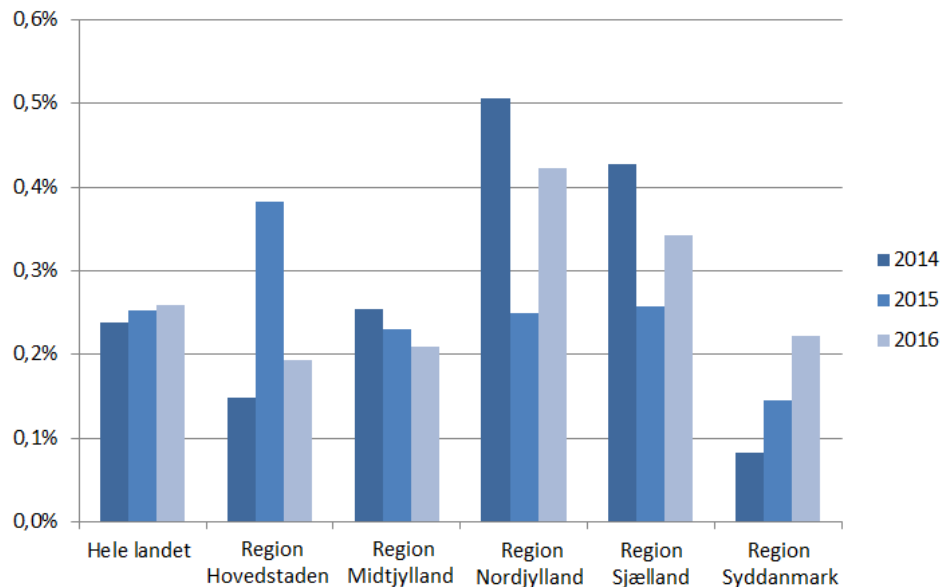
4.6. Komplikationer

Nationalt blev der i 2014 registreret alvorlige komplikationer (alle slags) hos 34 borgere svarende til 0,24 % af de borgere, der fik foretaget en screeningsafledt koloskopi, mens der i 2015 blev registreret komplikationer hos 49 borgere svarende til 0,25 %. Og i 2016 var antallet af alvorlige komplikationer 56 varende til 0,26 %. En alvorlig komplikation kan fx være hul på tarmen, blødning eller blodansamling i tarmvæggen.

Regionalt sås der forskelle i 2014 og 2015, som til en vis grad udjævnede sig i 2016, som illustreret i figur 11 nedenfor. Den laveste andel af alvorlige komplikationer set over de tre år havde Region Syddanmark (2014: 0,08 %, 2015: 0,15 %, 2016: 0,22 %). I den anden ende havde Region Sjælland den højeste andel af alvorlige komplikationer i 2014 (0,43 %), Region Hovedstaden i 2015 (0,39 %) og Region Nordjylland i 2016 (0,42 %).

Eftersom antallet af komplikationer er så lavt, er det ikke statistisk hensigtsmæssigt at inddele denne indikator yderligere på køn eller alder.

Figur 11. Komplikationer i 2014-2016, fordelt på region



Studier har vist, at risikoen for komplikationer stiger, hvis der ved koloskopien samtidig fjernes polypper, sammenlignet med rent diagnostiske koloskopier. Derudover er komplikationsrisikoen størst hos mænd og stiger med alderen, samt hvis koloskopøren har beskednen erfaring (8). Det er vanskeligt at angive, hvor stor andelen af alvorlige komplikationer højst bør være. Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger for tarmkræftscreening (13) vurderer risikoen for perforation af tarmen til at være 0,07 % - 0,2 %, mens betydelige blødning ses hos 0,07 % - 0,4 %. Med en samlet komplikationsrate på ca. 0,25 % for alle alvorlige komplikationer, må andelen af komplikationer vurderes indenfor det forventede.

Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase (DTS) har gennemført et valideringsstudie af de anvendte komplikationskoder i Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase (16). En journalgennemgang gennemført i forbindelse med valideringsstudiet viste, at antallet af screeningsafledte komplikationer var underrapporterede i databasen sammenlignet med patientjournalerne. Gennemgangen viste også, at blødning udgjorde den hyppigste komplikation ved koloskoperingen (56,3 % af alle komplikationer), mens post-polypektomi og punktur/læsion af tarmen udgjorde hhv. 30 % og 13,8 % af alle komplikationer.

4.7. Fund ved koloskopi – kræft, kræft i tidlig stadie, polypper og clean colon

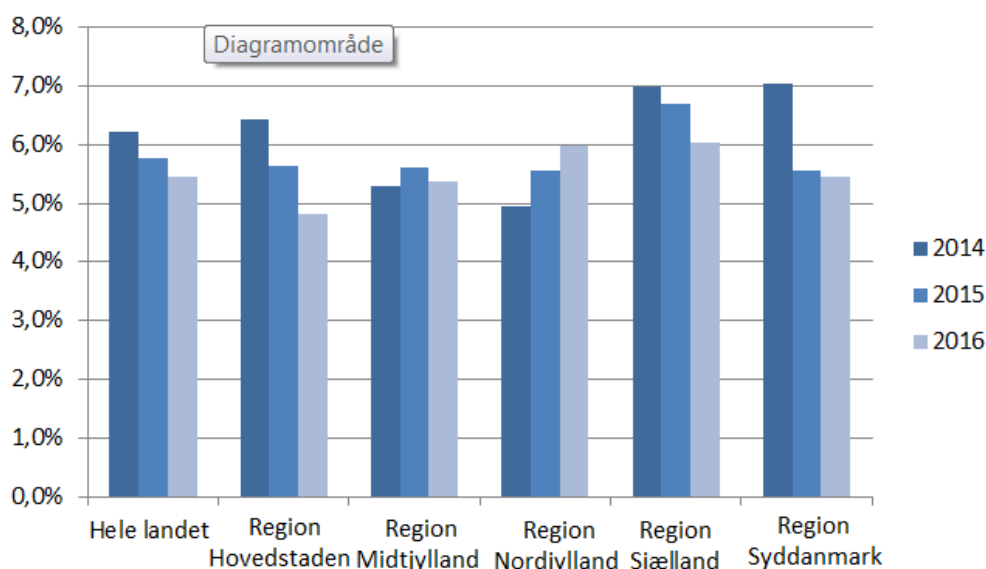
4.7.1. Fund af Tarmkræft

Det anslås i Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger for screening for tyk- og endetarmskræft, at 9 % af de screeningsafledte koloskopier vil resultere i begrundet mistanke om kræft med deraf følgende overgang til kræftpakkeforløb (13).

I 2014 fik 6,2 % af de borgere, som på landsplan fik foretaget en screeningsafledt koloskopi, konstateret tarmkræft (uanset stadie). I 2015 var dette tal faldet til 5,8 %, mens det i 2016 faldt en lille smule yderligere til 5,5 %. Det kan konstateres, at andelen af fund i screeningsprogrammet for tarmkræft ligger under de forventede 9 % af alle screeningsafledte koloskopier. En årsag hertil kan være, at flere borgere end forventet får konstateret clean colon (intet fund) ved den screeningsafledte koloskopi. Se også figur 15

Den regionale variation gik i 2014 fra 4,9 % i Region Nordjylland til 7,1 % i Region Syddanmark, mens variationen i 2015 var noget mindre fra 5,5 % i Region Nordjylland til 6,7 % i Region Sjælland. I 2016 havde Region Hovedstaden den laveste andel af kræftfund med 4,8 %, mens Region Sjælland havde den højeste med 6,0 %. Se figur 12.

Figur 12. Detektion af tarmkræft i alle stadier 2014-2016, fordelt på region

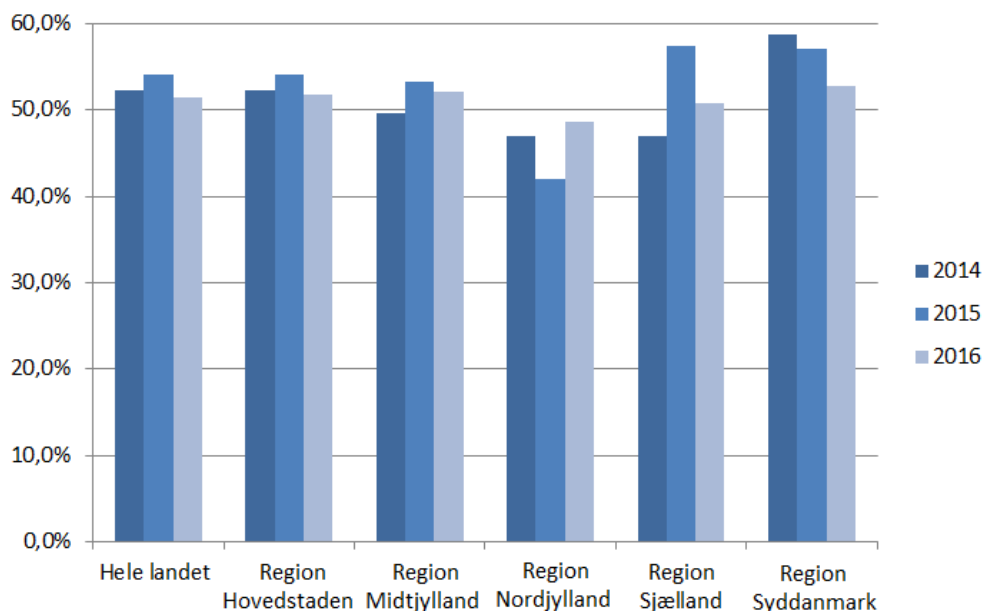


4.7.2. Fund af kræft i tidlig stadie

Hovedformålet med screeningsprogrammet er at reducere dødeligheden af tarmkræft ved at opspore og behandle sygdommen i et tidligt stadie. I 2014 blev 52,3 % af alle screeningsafledte kræftfund gjort i et tidligt stadie (pT1 og pT2). I 2015 var andelen en smule højere (54,1 %), men faldt igen i 2016 til 51,5 %.

Ser man på de regionale tal, findes den højeste andel af fund af kræft i tidligt stadie i Region Syddanmark (2014: 58,8 %, 2015: 57,0 % og 2016: 52,8 %), mens den tilsvarende andel i Region Nordjylland ligger noget lavere (2014: 46,9 %, 2015: 42,0 % og 2016: 48,5 %). De øvrige tre regioner ligger i årene 2014-2016 alle omkring de 50 %. Det er dog værd at bemærke, at andelen af fund af kræft i tidligt stadie i Region Sjælland i 2015 var 57,4 %. Se figur 13.

Figur 13. Detektion af tarmkræft i tidligt stadie i 2014-2016, fordelt på region



Det er værd at bemærke, at første screeningsrunde i tarmkræftscreeningsprogrammet også betegnes som incidensrunden. I de efterfølgende runder, også kaldet prævalensrunder, er det forventeligt, at der vil være en højere andel af fund af kræft i tidligt stadie end i den første runde, fordi screeningen i incidensrunden gennemføres for første gang og man derfor må forvente at finde kræft i alle stadier.

4.8. Polypper

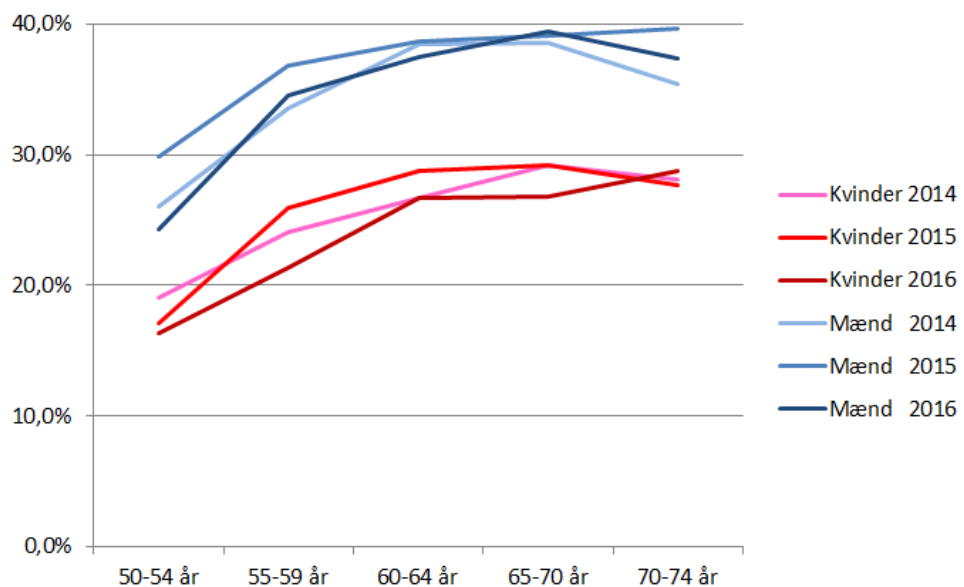
I henhold til Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger er det estimeret, at 23 % af de screeningsafledte koloskopier vil resultere i fund af lavrisiko polypper, mens det tilsvarende tal for fund af mellem- eller højrisiko adenomer (polypper) anslås at være 43 % (13).

30,5 % af de borgere, der blev koloskoperet som følge af fund af blod i afføringsprøven i 2014, havde enten mellem- eller højrisiko adenomer. I 2015 var denne andel steget til 32,3 %, mens tallet i 2016 faldt en smule til 31,0 % (ikke illustreret).

Det kan konstateres, at andelen af fund af mellem- eller højrisiko adenomer i det danske screeningsprogram for tarmkræft ligger noget under det forventede niveau på 43 %. En årsag hertil kan være, at flere end oprindeligt forventet får konstateret clean colon (intet fund) ved den screeningsafledte koloskopi, idet flere end forventet indkaldes til koloskopi som følge af fund af blod i afføringsprøven. Se også figur 15.

For fund af mellem- eller højrisiko adenomer gælder det, at disse fund er hyppigere hos mænd. En forskel, som findes på tværs af alder blandt de screenede. Se figur 14a.

Figur 14a. Fund af mellem- eller højrisiko adenomer (polypper) 2014-2016, fordelt på alder og køn

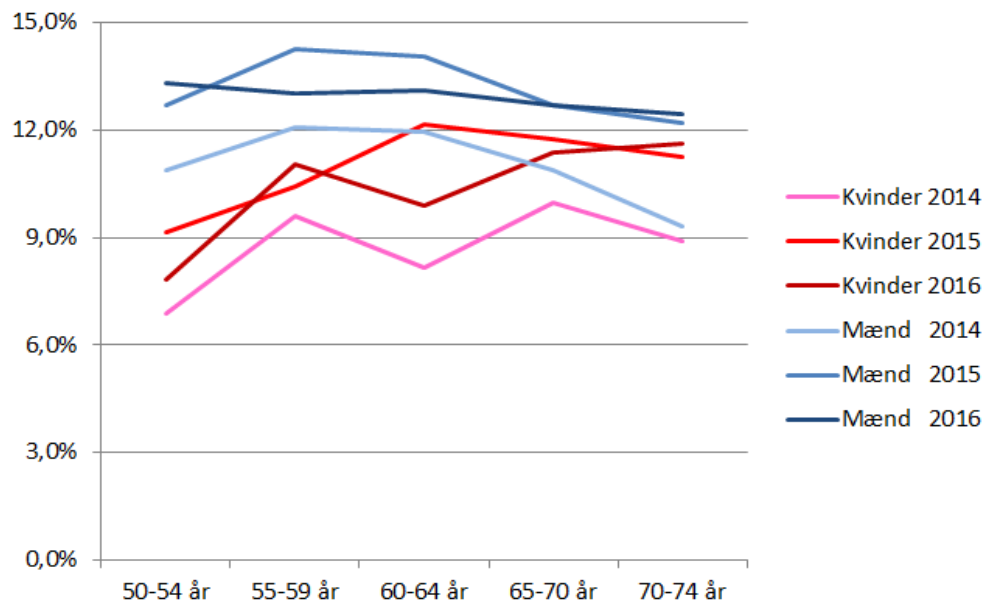


Studier har vist, at på trods af fjernelse af polypper, så vil borgere med mellem- eller højrisiko adenomer (polypper) have en øget risiko for at udvikle yderligere polypper og kræft (10). Borgere, som får konstateret hhv. mellem- eller højrisiko adenomer, tilbydes derfor opfølgende kontrolprogram baseret på en risikovurdering som uddybes i Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende screening for tyk- og endetarmskræft (13).

Ser man på de tilsvarende fund og efterfølgende fjernelse af lavrisiko polypper hos borgere, som koloskoperes som følge af blod i afføringsprøven, så lå de på 9,7 % i 2014, 12,1 % i 2015 og 11,8 i 2016 (ikke illustreret). Igen ligger andelen af fund på landsplan under det forventede niveau (23 %). Og igen vurderes en del af forklaringen at være den store andel af fund af clean colon.

Lavrisiko polypper/adenomer bliver som udgangspunkt fjernet ved koloskopi undersøgelsen. Borgere, som får fjernet lavrisiko polypper, fortsætter i det nationale screeningsprogram uden yderligere kontrol. For fund af lavrisiko polypper er mænd overordnet set overrepræsenteret, men kønsforskellen udjævnes over årene i aldersgrupperne, som vist i figur 14b.

Figur 14b. Fund af lavrisiko polypper 2014-2016, fordelt på alder og køn



4.9. Clean Colon

Når resultatet af den screeningsafledte koloskopi er, at der hverken er mistanke om kræft eller der gøres fund af polypper, så betegnes dette som clean colon. Clean colon kan også betegnes som falsk positiv eller som falsk alarm. Borgere, som får konstateret clean colon overgår til en karenperiode på otte år, hvor de ikke bliver inviteret til screening for tarmkræft, da deres risiko for at udvikle tarmkræft er meget lav. Det er selvfølgelig godt for den enkelte borger, men ventetiden fra borgeren får svar om, at der er fundet blod i afføringsprøven indtil mistanken om kræftsygdom er afkræftet ved koloskopien, vil være angstyldt for de fleste og bør begrænses så vidt det er muligt.

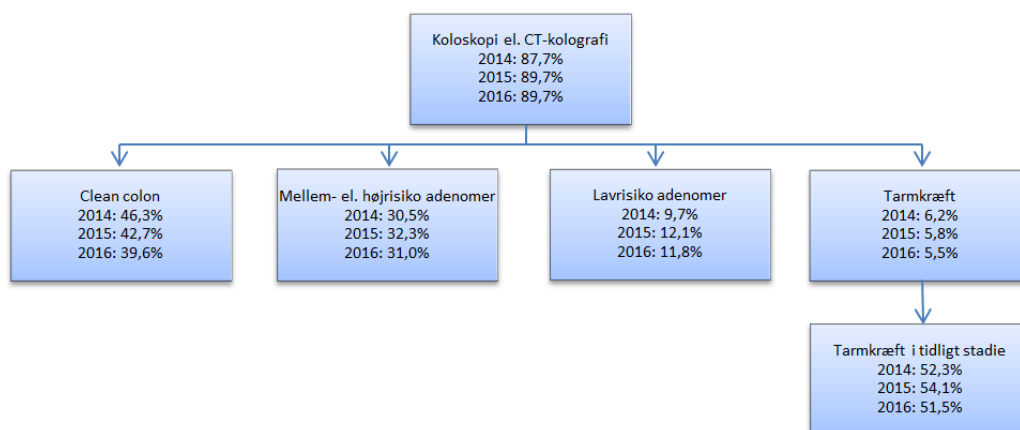
Ser man på andelen af borgere med clean colon ud af det samlede antal borgere, som får udført en screeningsafledt koloskopi, altså de borgere, hvor koloskopien viser, at der hverken er mistanke om kræft eller gøres fund af polypper, så var andelen heraf 46,3 % i 2014, 42,7 % i 2015 og 39,6 % i 2016. Tal, som er væsentligt højere end de 25 %, der anslås i Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger for screening for tyk- og endetarmskræft (13) og som medfører unødigt bekymring for borgeren om mulig kræftsygdom.

Selvom det er positivt, at andelen af borgere med clean colon falder år for år, må andelen fortsat betegnes som relativ høj. Som tidligere omtalt er en måde at reducere en høj andel af falske positive svar (clean colon), at hæve cut-off værdien for, hvornår en afføringsprøve anses for at være positiv for blod. Risikoen herved er imidlertid, at man så vil overse flere kræfttilfælde (falsk negative).

4.10. Fund ved koloskopi – en oversigt

Figur 15 nedenfor udgør en samlet oversigt over fordelingen af svar på de screeningsafledte koloskopier/CT-kolografier i 2014- 2016 på landsplan og er baseret på tal fra den Danske Tarmkræftscreenings Database

Figur 15. Fund ved koloskopi – clean colon, adenomer og tarmkræft, 2014-2016



Konklusion

De fem regioner har i perioden 2014-2016 fået udsendt det forventede antal invitationer til borgerne om at deltage i screeningsprogrammet for tarmkræft. På landsplan havde 70 % af screeningspopulationen (mænd og kvinder i alderen 50-74 år) modtaget en invitation til at blive screenet for tarmkræft ved udgangen af 2016, hvilket Sundhedsstyrelsen finder tilfredsstillende.

Deltagelsen i screeningsprogrammet for tarmkræft lå i 2014 på 63,8 % og 2015 på 63,6 %, hvilket er noget over det forventede niveau. I 2016 faldt deltagelsen til 60,8 %. Sundhedsstyrelsen vil følge udviklingen i deltagelsen nøje, så der eventuelt kan sættes ind med fokuseret information, såfremt deltagelsen skulle falde yderligere. Opdeler man deltagelsen efter køn ser man i lighed med resultater fra tidligere undersøgelser, at mænd generelt deltager i lavere grad end kvinder, samt at deltagelsen for begge køn stiger med alderen. I hvert fald op til 70 år, hvor forskellene i deltagelse mellem kønnene også udjævnes.

Andelen af indsendte afføringsprøver, der findes uegnet til gennemførelse af iFOBT-test, lå i perioden på 0,4 % - 0,5 % af alle indsendte afføringsprøver. I forhold til en målsætning på under 1 % i EU retningslinjer, findes den lave andel af uegnede prøver i det danske screeningsprogram for tarmkræft meget tilfredsstillende.

Andelen af anormale (positive) prøvesvar i perioden, er på landsplan noget højere (7 % i 2016) end de 5,3 %, som estimeres i Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger vedrørende screening for tyk- og endetarmskræft fra 2012. Det giver et større kapacitetspres på systemet, idet flere borgere end forventet skal koloskoperes. Der ses også en større andel af falsk positive svar (clean colon) end forventet. En måde at reducere andelen af falsk positive svar er, at ændre cut-off værdien for en anormal (positiv) prøve for blod i afføring, så færre indkaldes til koloskopi. Konsekvensen heraf, vil dog være en øget risiko for at overse flere kræfttilfælde.

9 ud af 10 borgere (89,7 % i 2016), hvis afføringsprøve viste tegn på blod, får efterfølgende foretaget en koloskopi/CT kolografi-undersøgelse. Denne andel må betegnes som acceptabelt, idet DTS selv angiver en acceptabel deltagelse i koloskopien på 85 %, mens målet er 95 %.

Varigheden fra, at der er fundet tegn på blod i afføringsprøven til borgeren får tilbudt en undersøgelsesdato til koloskopi, udgør endnu et opmærksomhedspunkt, idet det er et lovkrav, at der ikke må gå mere end 14 dage. Sundhedsstyrelsen har ikke data for, hvornår borgere med positive afføringsprøver rent faktisk får tilbudt en dato til koloskopi-undersøgelse, men kun på, hvornår koloskopi-undersøgelsen gennemføres. I 2016 fik 62,6 % af borgere med en anormal afføringsprøve på landsplan gennemført en koloskopi

indenfor 14 kalenderdage. Der sås imidlertid betydelige regionale forskelle fra 48,3 % i Region Hovedstaden i 2016 til 73,0 % i Region Syddanmark samme år.

Der kan være flere årsager til, at den screeningsafledte koloskopi ikke kan gennemføres indenfor de 14 kalenderdage såsom udsættelse, manglende fremmøde, mv. Andelen af gennemførte koloskopier indenfor 14 dage anses alligevel som en proxy/indirekte mål for borgernes ventetid til koloskopi. Jo hurtigere borgeren koloskoperes desto hurtigere kan mistanken om kræft enten be- eller afkræftes, og ventetid reduceres. Sundhedsstyrelsen vil derfor fremover have særlig opmærksomhed på, at lovkravet om de maksimalt 14 dages ventetid fra et anormalt prøveresultat foreligger til tilbudt dato til koloskopiundersøgelse, overholdes.

I forhold til andelen af registrerede komplikationer ved screeningsafledt koloskopi ud af alle screeningsafledte koloskopier, så lå denne andel (0,25 %) på et tilfredsstillende niveau henover perioden. Også dette område af screeningsindsatsen vil have Sundhedsstyrelsens særlige opmærksomhed fremover.

Ser man på fundene ved den screeningsafledte koloskopi, fik 5,5 % af de koloskoperede borgere i 2016 på landsplan konstateret tarmkræft (uanset stadie), hvoraf kræften i lidt over halvdelen af tilfældene (51,5 % i 2016) blev fundet i et tidligt stadie. Mens andelen af fund af tarmkræft ligger noget lavere end de forventede 9 %, så er det positivt, at andelen af fund i et tidligt stadie er relativ høj, idet der efterfølgende er bedre muligheder for at behandle kræften. Andelen af fund af kræft i tidligt stadie må forventes at stige yderligere i kommende screeningsrunder, da der i første screeningsrunde generelt må forventes at blive fundet cancer i alle stadier.

Ser man på fund af polypper, blev der i 2016 på landsplan fundet enten mellem- eller højrisiko adenomer (polypper) i 31 % af alle screeningsafledte koloskopier, mens den tilsvarende andel for fund af lavrisiko polypper var 11,8 %. Andelen af fund på landsplan af henholdsvis mellem- og højrisiko adenomer og lavrisiko polypper ligger begge noget under det forventelige niveau (hvh. 43 % og 23 %). Dette kan formodentligt delvis forklares med den større andel af fund af clean colon i forhold til det forventede.

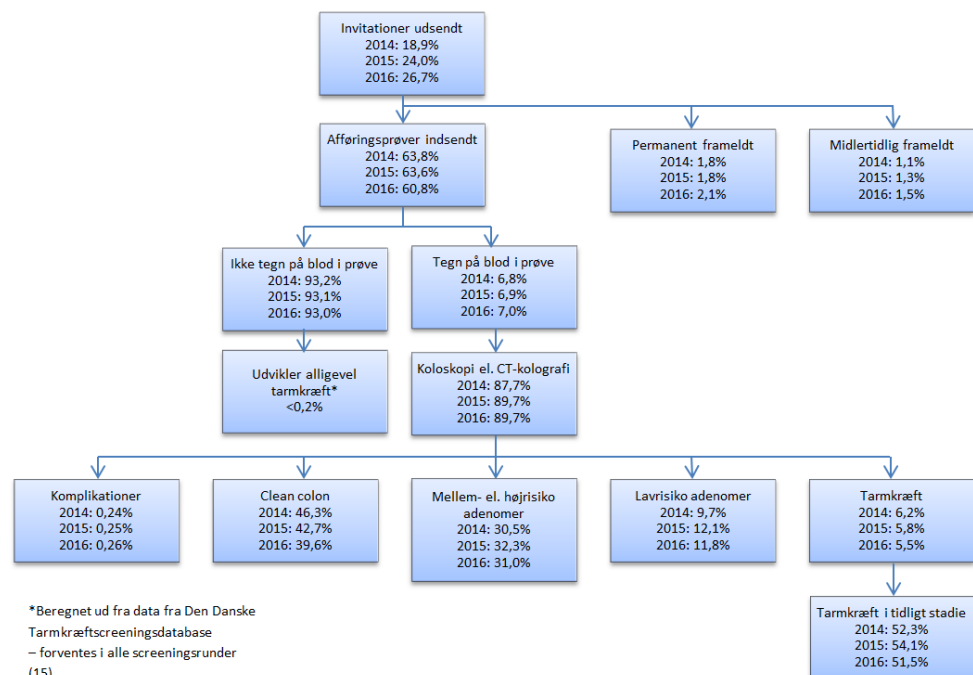
Andelen af fund af 'clean colon' (ingen adenomer eller fund af kræft) i de screeningsafledte koloskopier ligger på 46,3 % i 2014, 42,7 % i 2015 og 39,6 % i 2016. Et væsentligt højere niveau end de 25 % som er estimeret i Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger. Og selvom det er godt, at de borgere, der får konstateret clean colon kan vente 8 år på at blive screenet igen, så må de selvsamme borgere gennemgå en god del bekymringer fra de modtager svar om, at der er fundet blod i deres afføringsprøve, til den efterfølgende koloskopi viser clean colon. Andelen af disse falsk positive kan ændres ved at ændre i cut-off værdien for et anormalt prøveresultat, men som tidligere nævnt, så vil dette på den anden side føre til flere oversete kræfttilfælde.

Overordnet set vurderer Sundhedsstyrelsen, at tarmkræftscreeningsprogrammet er kommet godt fra land. Andelen af udsendte invitationer, deltagelsesprocenten og eg-

nethed af de modtagne prøver vurderes alle at være tilfredsstillende. Ligesom andelen af fund af kræft i tidligt stadie, et af screeningsindsatsens hovedformål, også vurderes at være tilfredsstillende.

Rapporten peger dog også på enkelte punkter, som Sundhedsstyrelsen vil følge tæt fremadrettet. Dels at tilstræbe, at en større andel af borgere med positive afføringsvar bliver koloskoperet indenfor de anbefalede 14 dage efter modtagelse af positivt prøvesvar og dels, at sikre at andelen af falsk positive (borgere med clean colon) når et acceptabelt niveau. Der vil også fremover være fokus på andelen af alvorlige komplikationer. Disse punkter forventes at blive vurderet nærmere, når Sundhedsstyrelsen skal opdatere sine faglige anbefalinger for tarmkræftscreening, hvilket forventes at finde sted umiddelbart efter afslutningen af 2. screeningsrunde (år 2020).

Figur 16 Oversigt over screeningsprogrammet for tyk- og endetarmskræft



Referenceliste

1. Hewitson et al. 2008 (reference 5 i anbefalingerne)
2. NORDCAN, tarmkræft den 4. november 2016: <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/DK/StatsFact.asp?cancer=550&country=208>
3. NORDCAN, tyktarmskræft den 2. januar 2017: <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/DK/StatsFact.asp?cancer=110&country=208>
4. NORDCAN, endetarmskræft den 2. januar 2017: <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/DK/StatsFact.asp?cancer=120&country=208>
5. Hardcastle JD et al. 1996 (reference 24 I anbefalingerne)
6. Kronborg O et al. 1996 (reference 25 i anbefalingerne)
7. Mandel JS et al. 1993 (reference 26 i anbefalingerne)
8. Selby JV et al. 1993 (reference 27 i anbefalingerne)
9. Faivre J et al. 1999 (reference 28 i anbefalingerne)
10. Rabeneck L. et al. 2008 (reference 51 i anbefalingerne)
11. Winawer SJ et al. 1993 (reference 70 i anbefalingerne)
12. Martinez et al. 2009 (reference 71 i anbefalingerne)
13. Sundhedsstyrelsen, 'Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende screening for tyk- og endetarmskræft', 2012
14. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis, 2010
15. Kræftstyregruppen 2008 'Screening for tarmkræft: Deltagelsesprocentens betydning – en medicinsk teknologi vurdering'
16. Styregruppen for Dansk tarmkræftscreeningsdatabase (DTS), 'Validering af Komplikationskoder i Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase', 2017

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Oversigt over indikatorer for tarmkræftscreeningsprogrammet

Indikator	Beskrivelse af indikator	DTS
1. Deltagelse	Andelen af inviterede borgere der har indsendt en afføringsprøve ud af alle inviterede borgere	X
2. iFOBT-test	Andelen af analyserede afførings prøver der er positive ud af alle analyserede prøver	X
3. Compliance til kolon udredning	Andelen af borgere med positiv afføringsprøve der bliver koloskoperet eller CT-kolograferet ud af alle borgere med positiv afføringsprøve	X
4. Komplet koloskopi	Andelen af borgere med komplet indeks-koloskopi ¹ ud af alle borgere der får foretaget en indeks-koloskopi	X
5. Detektion af tarmkræft	Andel af borgere med screeningsdetekteret tarmkræft (uanset stadie), ud af alle borgere der har fået lavet screeningsafledt koloskopi eller CT-colografi	X
6. Detektion af tarmkræft i tidligt stadie	Andel af borgere opereret og diagnosticeret med screeningsdetekteret tarmkræft i tidligt stadie ud af alle borgere der er opereret og diagnosticeret med screeningsdetekteret tarmkræft (alle stadier)	X
7. Detektion af mellem/høj risiko adenomer	Andelen af koloskoperede borgere med mellem ² eller høj ³ risiko adenomer ud af alle koloskoperede borgere.	X
8. Fjernede polypper	Indikator udgået	-
9. Komplikationer ved	Andel borgere med alvorlige komplikationer ⁴ efter indeks-	X

¹ Initiale koloskopi efter positiv afføringsprøve

² Mellem: ≥ 3 & ≤ 4 adenomer eller mindst et adenom ≥ 10 mm & < 20 mm eller et tubulo-villøst/villøst adenom eller et adenom med high grade neoplasi,

³ Høj: ≥ 5 adenomer eller mindst et adenom ≥ 20 mm eller et adenom fjernet med piecemeal-teknik

koloskopi	koloskopi ud af alle koloskoperede borgere	
10. High grade neoplasi adenomer	Andel af adenomer med high grade neoplasi ⁵ ud af alle fremsendte adenomer	X
11. Invitations-procedure	Andel inviterede borgere, der har indsendt en afføringsprøve efter primær invitation, ud af alle inviterede borgere ⁶	
12. Invitations-procedure	Andel invitationer udsendt, ud af antal planlagte inviterede (screeningspopulationen) i en screeningsrunde.	
13. Invitations-procedure	Andel midlertidige frameldte ud af invitationspopulationen på skæringsdatoen	
14. Invitations-procedure	Andel permanente frameldte invitationspopulationen på skæringsdatoen	
15. Påmindelses-procedure	Andel borgere, der får tilsendt påmindelse, ud af alle inviterede.	
16. Påmindelses-procedure	Andel borgere, der har indsendt en afføringsprøve efter påmindelse (med mindst 3 måneders opfølgningstid), ud af alle udsendte påmindelser.	
17. Laboratoriets arbejde	Andel indsendte prøver, der er uegnede, ud af alle indsendte prøver	
18. Koloskopi/CT-kolografi	Forløbstid til koloskopi/CT-kolografi: Antal dage fra positiv prøve til fuldført indeks-koloskopi/CT-kolografi ¹	
19. Koloskopi	Andelen af koloskoperede borgere, der har fået fjernet én til flere lavrisiko adenomer (1-2 adenomer < 1 cm)	

⁴ Perforation af tarm, polypektomisyndrom, blødning eller medicinsk komplikation under koloskopi.

⁵ Strukturel og cytologisk abnormitet, jf. definitionen i Screenings- og adenomkontrol program for tyk- og endetarmskræft, Arbejdsgruppen vedr. registrering i screeningsprogrammet for tarmkræft, Den tværregionale implementeringsgruppe vedr. tarmkræftscreening, Danske Regioner, Feb. 2014

⁶ Opgøres som antal borgere, der har indsendt afføringsprøve inden for 8 uger efter primær invitation (= påmindelsesdato + 2 uger) ud af alle inviterede borgere.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●