Överskattning av besparingar genom screening med mammografi

Bengt Lundgren skriver i Läkartidningen 23/96 att ett normalt landsting kan spara 5–7 miljoner kronor per år genom att hälsoundersöka den kvinnliga befolkningen mellan 40 och 74 år.

Slutsatsen bygger till stor del på den besparing som görs genom antalet förhindrade dödsfall i bröstcancer och därigenom bortfall av kostnader för vård av patienter med metastaserande bröstcancer. Denna kostnad har antagits vara 1 miljon kronor per patient.

Hur många liv räddas?

Avgörande är därvid hur man beräknar antalet räddade liv. Varför använder inte Bengt Lundgren faktiska data?

Hälsoundersökningen har pågått längre i Gävleborgs län än i något annat län i Sverige. Om man använder sig av den faktiska effektuppskattning som gjorts i den gemensamma utvärderingen av de svenska kontrollerade studierna (cirka åtta räddade liv per 100 000 kvinnoår) [1] och utgår från att 62 000 inbjudits till screening i Gävleborgs län blir resultatet cirka fem räddade liv per år i stället för de tio till tolv som Lundgren anger. Besparingen på grund av minskad behandling av metastaserande bröstcancer blir därmed 5 miljoner i stället för de 10–12 miljoner kronor som Lundgren kommit fram till.

Ovanligt låg kostnad per mammografi

Kostnaden för att utföra 27 600 mammografier uppgick i Gävle till cirka 5,2 miljoner kronor (188 kronor per undersökning). Lundgrens organisation torde därmed tillhöra de kostnadseffektivaste i landet. Kostnaden var 1994 i Malmö 250 kronor per mammografi, således motsvarande cirka 6,8 miljoner. Genomsnittskostnaden för en screeningmammografi i Sverige idag är cirka 320 kronor enligt Spri. Härtill kommer kostnaden för uppföljning av »falskt positiva». En konservativ skattning visar att denna är cirka 800 000 kronor (2 procent av de screenade × 1 500 kronor).

En annan viktig del av Lundgrens resonemang rör den besparing som görs genom minskningen av antalet kliniska bröstundersökningar och därav föranledda mammografier. Enligt ett stickprov vi gjorde av den randomiserade hälsoundersökningen i Malmö [2] undersöktes cirka 3 procent av kontrollgruppen med mammografi varje år (24 procent under uppföljningsperioden som i genomsnitt var 8,8 år). Denna siffra inkluderar symtomatiska patienter inklusive bröstcancerpatienter.

Om varje kvinna som har ett väsentligt symtom från brösten också antas remitteras till mammografi blir denna siffra en rimlig uppskattning av det antal undersökningar som kan elimineras med hälsoundersökningen. Om denna siffra appliceras på Gävleborgs län skulle cirka 828 mammografier inklusive klinisk undersökning elimineras genom hälsoundersökningen. Om kostnaden antas vara 1 500 kronor per patient blir besparingen 1,2 miljoner kronor – enligt Lundgrens beräkningar skulle den vara 7,7 miljoner kronor.

Diskutera total nytta!

Sammanfattningsvis är det inte sannolikt att man »sparar» några pengar genom screening, men det är heller inte sannolikt att screeningen drar några väsentliga kostnader. Hälsoundersökning med mammografi är enligt min uppfattning inget ekonomiskt problem. Debatten borde i stället centreras kring den totala nyttan, dvs balansen mellan vinster i form av räddade liv och skadliga effekter i form av t ex upptäckt av biologiskt insignifikant cancer.

Ingvar Andersson
chefsöverläkare, röntgendiagnostiska avdelningen,
Universitetssjukhuset MAS, Malmö

Referenser

1. Olsson S, Andersson I, Bjurstam N, Frodis E, Håkansson S, Lithander E et al. 600 000 kvinnor per år undersöks med mammografi. Läkartidningen 1995; 92: 552-6.
2. Andersson I, Aspegren K, Janzon L, Landberg T, Lindholm K, Linell F et al. Mammographic screening and mortality from breast cancer: the Malmö mammographic screening trial. BMJ 1988; 297: 943-8.

Felaktig beskrivning av Viktväktarkost för ungdomar

I Läkartidningen 24/96 nämner Carl-Erik Flodmark Viktväktarna i såväl positiva som negativa ordalag. De negativa omdömena är baserade på felaktiga uppgifter om Viktväktarnas kostprogram.

Flodmark hävdar att Viktväktarnas behandling inte rekommenderas före 15–16 års ålder. Viktväktarna tar endast i absoluta undantagsfall emot barn under 10 år, och endast om de har remiss från läkare. Barn i åldern 10–15 år måste ha intyg från skolläkare och föräldrarna skall vara med vid besöken. Ungdomar 16–17 år skall ha intyg från skolläkare eller förälder.

Unga vägleds mot övre kalorigräns

Flodmarks påstående att »kosten är kalorisnål, ca 800 kcal per dag» är i grunden felaktigt. Viktväktarna har en nedre respektive övre nivå för kosternas energiinnehåll. För flickor 10–15 år och pojkar 10–17 år är dessa gränser 1 500–1 900 kcal/dag, dvs vad Flodmark själv rekommenderar.

Vid 16 respektive 18 års ålder följer ungdomarna de vuxnas program, som har ett energiinnehåll för kvinnor 1 000–1 450 och för män 1 400–1 800 kcal/dag. Det finns förnuft nog hos konsulenterna för att vägleda de ungas val mot den övre gränsen.

Energitätheten inte onormal

Flodmarks påstående att kosten »innehåller mycket grönsaker och fibrer … ger problem då man skall återgå till kost med mer normal energitäthet» tyder på att Viktväktarkostens energitäthet är »onormal», vilket den inte är. Vid planering av kosterna har rättesnöret varit gällande Nordiska näringsrekommendationer (NNR). Näringstätheten är högre, och fett- och sockerinnehållet är i nedre delen av rekommenderad nivå. Grönsaksmängden svarar för totalt 75 kcal. Antalet frukter är tre, dvs vad Flodmark själv anger i sina »kosttips». Fiberhalten är dessvärre ändå svår att få upp till NNRs nivå.

Hårdbantning förekommer inte

Flodmark skriver: »Vidare kan målvikterna ibland vara väl låga.» För barn upp till 15 år fordras att remitterande läkare anger lämplig målvikt. För de äldre gäller samma målvikt som för vuxna, dvs lägsta målvikt motsvarar BMI (kroppsmasseindex) 20, högsta 22 för kvinnor och 25 för män. I Flodmarks Malmöstudie av överviktiga barn hade de 10–11-åringar som inkluderades ett BMI över 23, varför målvikter från 20 inte kan anses vara »väl låga». Enligt Figur 1 i Flodmarks artikel går normalfördelningens medellinje från 17 vid 10 års ålder till 21 vid 18 år.

Flodmark talar om att »någon övergång från en 'hårdbantningsfas' jämförbar med viktväktarnas aldrig blir aktuell». Av ovanstående fakta torde det vara uppenbart att hårdbantning aldrig förekommer inom Viktväktarna. Flodmarks negativa omdömen vilar på felaktiga grunder och är orättvisa.

Björn Isaksson
professor emeritus i klinisk näringslära, Viktväktarnas medicine konsult,
Ljungskile

Replik

Viktväktarnas program kan missuppfattas

De data som angavs i min artikel kommer från de patienter vi träffat som även tagit del av Viktväktarnas program. Vi har gjort kostberäkning för patienter under 15 år som uppges följa Viktväktarnas rekommendationer med angivna 800 kcal som resultat.

Detta antyder att Viktväktarnas rekommendationer kan missuppfattas, och det visar på nyttan av vetenskapliga studier för att vidareutveckla metoderna. Tyvärr görs ingen regelmässig uppföljning av långtidsresultaten [1].

En av de få studier som finns har visat att de som avbryter är mer överviktiga än de som stannar i behandling samtidigt som dessa går ned långsammare i vikt [2]. En äldre

studie har visat att de som behöll sin målvikt hade lägre initial vikt [3].

Detta stödjer vår uppfattning att Viktväktarnas program inte är lika bra för barn, där vi endast behandlar de mest överviktiga hos vilka arvet spelar en stor roll.

Oklart om målvikter

Björn Isakssons resonemang rörande målvikterna är oklart. Den korrekta tolkningen av vår studie och de brittiska normalvärdena är att en målvikt för vuxna på BMI 20 motsvarar 17 vid 10 år, medan vi endast behandlar de över 23.

Vi har vidare tillgång till Viktväktarnas normalvärden för barn, där högsta målvikten för flickor vid 11 år är BMI 18,2. I vårt material är medelvärdet + 2 SD = 22,0 vilket betyder att hela populationen skulle pressas ned under mittpunkten.

Således synes Viktväktarnas målvikt vara väl låg. Dessa rekommendationer är sannolikt gamla, men de meddelas fortfarande våra patienter, eventuellt endast vid en informell fråga av en överviktig förälder.

Skilj på olika grupper

Slutligen bör man bättre skilja mellan överviktiga utan hereditet med lätt övervikt – där Viktväktarnas program säkert är alldeles utmärkt – och de med svår övervikt och hereditet, där målvikterna måste sättas högt av biologiska skäl.

Även om programmet för barn och ungdomar skiljer sig från vuxnas är det svårt att karakterisera behandlingen av vuxna som annat än hårdbantning. Kvinnor kan där rekommenderas äta 1 000 kcal per dag under de första fyra veckorna varefter 1 200 kcal ges (enligt broschyrmaterial om QuickStart-programmet). Risken finns att detta ger signal till flickor strax under 15 år att detta är bästa sättet.

Vi har istället funnit att en gradvis ändring av livsstilen, med lika gradvis ändring av vikten, är mycket bättre för barn och kanske även för vuxna. Den gruppgemenskap som Viktväktarna står för är dock mycket värdefull för långtidsresultatet, och vi hoppas att denna diskussion kan leda till en vidareutveckling av Viktväktarnas program, där vi gärna bidrar.

Carl-Erik Flodmark
barnhälsovårdsöverläkare,
Universitetssjukhuset
MAS, Malmö

Referenser

1. Leander G. Viktväktarna. Lönsam affärsidé och folkrörelse. Läkartidningen 1996; 93: 1634-5.
2. Biesalski HK, Brodda K. The base data from Weight Watcher's groups as the parameter for long-term follow-up of weight reduction. Z Ernahrungswiss 1990; 29: 97-111.
3. Stuart RB, Guire K. Some correlates of the maintenance of weight lost through behavior modification. Int J Obes 1978; 2: 225-35.

Barn med särskilda behov – samverkan behövs

I en artikel i Läkartidningen 21/96 om barn med funktionshinder, framkom bland annat brister i kommunikationen mellan barnavårdscentral och barnhabiliteringen.

I Norrtälje kommun har nyligen gjorts en kartläggning av barn i kommunen med särskilda behov i åldrarna 0–16 år. Norrtälje kommun har ca 49 400 invånare varav 11 245 i åldern 0–16 år med jämn könsfördelning. Studien gällde barn som under perioden 1 juli 1993–30 juni 1994 krävt särskilda stödinsatser beroende på olika psykiska/psykosomatiska/somatiska symtom eller tecken på psykosocial ohälsa. Kartläggningen gjordes av landsting och kommunala verksamheter som arbetar med barn, på initiativ av barnläkarna i Norrtälje. Förutom en liknande studie som gjordes i Rinkeby 1992 har ingen sådan studie gjorts tidigare.

Få en uppfattning om behovet

Syftet var att i tider med krympande resurser få en uppfattning om storleken av gruppen barn med särskilda behov i Norrtälje kommun, belysa stödinsatser och samverkan kring barnen samt lyfta fram problemgrupper i behov av ytterligare insatser.

1 791 eller 15,9 procent av barnen i aktuell åldersgrupp rapporterades. I skolåldern var siffran 20,3 procent, dvs vart femte barn i en skolklass. 10,3 procent av barnen totalt i studien rapporterades symtomfria men där särskilda stödinsatser ändå satts in av andra skäl – så kallade »riskbarn».

I hela materialet är pojkarna överrepresenterade och överväger i olika utagerande symtom.

Flickorna har mer psykosomatiska symtom som huvudvärk, diffusa smärtor och psykiska symtom som nedstämdhet.

Det vanligaste enskilda symtomet var försenad tal- och språkutveckling (13,5 procent av barnen) där nästan 40 procent rapporterades sakna insats från logoped/talpedagog. Detta avspeglar väl verkligheten med kraftigt underdimensionerad logopedverksamhet.

Barn som fått diagnosen MBD/DAMP var endast 34 (1,9 procent), men många barn rapporterades ha koncentrationssvårigheter (13,1 procent), kamratproblem (12,0 procent), inlärningssvårigheter (10,9 procent), motorisk utvecklingsförsening (10,3 procent), dvs svårigheter förenliga med diagnoserna. De visar på problemen hittills med alltför långa väntetider för utredning på barnhabiliteringen och PBU. Studien pekar också på dålig kännedom om varandras insatser kring barnen, vilket tyder på en dålig samverkan kring barnet och dess familj.

Arbetet med kartläggningen och diskussion av resultaten har givit goda förutsättningar för förbättrat samarbete. Vi har lyft fram problemgrupper med vilka vi arbetar vidare. Vi diskuterar fortlöpande med tjänstemän och politiker inom kommun och landsting för att visa på behoven och nödvändigheten av samarbete och en mer långsiktig planering. Det har dock visat sig svårt för de olika huvudmännen att gemensamt finansiera de åtgärder man är överens om krävs. Det vore mycket intressant om liknande kartläggning gjordes i fler kommuner för jämförelse.

Lotta Mellvig
leg läkare, barnläkarmottagningen, Norrtälje

*

»Kartläggning av barn med särskilda behov i Norrtälje kommun», december 1995, kan rekvireras från Lotta Mellvig, Barnläkarmottagningen, 761 45 Norrtälje.

Varför är ett ACTH-preparat sämre än annat vid astma?

Som gammal doktor har jag en undring inför ett fenomen som gjort mig litet förbryllad. Det gäller preparatet Acton prolongatum, som nu avregistreras. Jag var med om den kliniska prövningen av preparatet i början av 1950-talet, och det har varit ett av mina favoritpreparat. Dess indikationsområde har ju med åren stadigt begränsats, senast till indikationen bronkialastma.

Mina patienter har mått bra

Jag har aldrig gillat att bespruta sjuka bronkialslemhinnor med kemikalier, vilket ju är standardbehandlingen sedan länge, och mina patienter har mått bra på den här behandlingen.

I livshotande situationer måste ju annat till, men den dagliga besprutningen av bronkerna med pulver och sprayer har jag haft svårt för. I bakhuvudet har jag en rebellisk tanke att det kan vara detta vitt spridda bruk som ligger bakom den ökande dödligheten i astma – vem vet?

När nu Acton försvinner finns ett annat kortikotropinpreparat att tillgå, nämligen Synacthen. I indikationerna för Acton prolongatum står bronk ialastma m m. Under Synacthen står: »Försiktighet: Hos patienter med allergiska besvär, framför allt astma.»

Min fråga är: Varför är ACTH i form av Acton bra för astma men inte så bra i form av Synacthen?

Lennart Kjellson
leg läkare, Herrljunga

Kommentar

Synacten är en syntetisk polypeptid som ger upphov till allergiska reaktioner i högre frekvens än Acton prolongatum. Detta är skälet till att preparatet inte är lämpligt vid astmabehandling. För övrigt kan nämnas att inhalation av kemikalier i form av steroider och beta-stimulerare är gyllene standard vid astmabehandling idag.

Björn Beermann
professor,
Läkemedelsverket,
Uppsala