



Centralstyrning tradition i både Sverige och Frankrike

Båda länderna har ovanligt grundmurade traditioner av centralstyrning med ringa inflytande från »brukare» och »marknader»: i Frankrike alltsedan Richelieu, Colbert och Napoleon, i Sverige sedan Birger Jarl, Gustav Vasa och Axel Oxenstierna. I Sverige finns dock ett större lokalt politiskt inflytande än i Frankrike. Båda länderna har en huvudsakligen områdesbaserad psykiatri.

Det slog oss att sjukvårdsdirektörerna i panelerna hade mer att säga om betydelsen av samverkan, ledning, målinriktning och helhet i en verksamhet än psykiatrerna. Hur är det i Sverige? Vad kan och vill psykiatrer respektive administratörer och berörda politiker?

Referenser

1. Kovess V. Évaluation de la qualité en psychiatrie. Paris: Economica, 1996.
2. Kvalitetssystem i sjukvården. Internationella erfarenheter. Stockholm: Spri, 1992. Spri rapport 328.
3. Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården. SOSFS 1996:24.
4. QUL – Kvalitet, Utveckling, Ledarskap. Stockholm: Landstingsförbundet, 1996.
5. Spris program för organisationsgranskning vid sjukhus. Introduktion och handledning. Stockholm: Spri, 1996. Spri rapport 433.
6. Dahlgren G. Framtidens sjukvårdsmarknader – vinnare och förlorare. Stockholm: Natur och Kultur, 1994.
7. Arvidsson G, Jönsson B. Politik och marknad i framtidens sjukvård. Stockholm: SNS förlag, 1997.

Mammografi från 40 år kostnadseffektivt?

Frågan om alla kvinnor mellan 40 och 49 år bör screenas med mammografi för att avslöja bröstcancer har under 1997 varit föremål för en het debatt i USA. Det började i januari med en konsensuskonferens arrangerad av National Cancer Institute (NCI), där panelen kom fram till att mammografi som rutin för kvinnor mellan 40 och 50 år inte kunde rekommenderas på basis av tillgängliga vetenskapliga data. Kvinnorna borde själva välja, med ledning av bästa möjliga relevanta information. Redan vid konferensen kom det kraftiga protester mot rekommendationen, bl a åberopades preliminära resultat från uppföljningar av screening i Sverige.

Cancersällskap föreslår screening varje år

I USA är screeningen en storindustri, och både amerikanska läkarförbundet och radiologförbundet håller på 40-årsgränsen. Det gör också sedan länge American Cancer Society, som i mars slog fast att alla kvinnor 40–49 år bör undersökas med mammografi varje år, sedan meta-analyser ansetts visa att screeningen i denna ålder leder till en signifikant minskad dödlighet.

Politisk påtryckning för lägre åldersgräns

Protester från mammografiföreträdare och deras politiska supportrar tvingade NCI till omprövning. Efter en hearing i kongressen röstade 98 mot 0 i senaten för mammografi från 40 år. Det gällde visserligen en resolution, inte ett direkt beslut, men var ändå en tydlig markering.

I slutet av mars beslöt därför NCIs rådgivande panel att rekommendera screening varje eller vartannat år för kvinnor med »genomsnittlig risk» för bröstcancer. Kvinnor med hög risk skulle kontrolleras noggrannare. Företrädare för panelen uppskattade att årlig screening av gruppen mellan 40 och 50 år kan minska dödligheten i bröstcancer med 17 procent (JAMA 1997; 277: 1027-8, 1181).

Det krävs mer än vetenskap

Lärdomarna av denna vetenskapliga kontrovers analyseras av Suzanne W Fletcher i New England Journal of Medicine (1997; 336: 1181-3): Konsensusdokument löser sällan frågor där det finns stora motsättningar. Rekommendationer om hälsopolitik kräver mer än vetenskapliga bevis om nytta och bi-

verkningar. Också kostnadseffektivitet, legala, etiska och ekonomiska konsekvenser måste vägas in. När medicinska experter har divergerande åsikter om en intervention innebär det nästan alltid att den effekt man kan uppnå är liten, antyder Fletcher.

Motsägelsefulla studier om kostnadseffektivitet

En kritisk attityd till mammografi före 50 år präglar också ett temanummer av Annals of Internal Medicine (1997; 127: 955-72, 1029-36).

I motsats till två tidigare studier konkluderar forskarna bakom en ny analys att screening för kvinnor 40–49 år var 18:e månad inte är så kostnadseffektiv som för äldre; kostnaden per vunnet levnadsår beräknas till 105 000 dollar respektive 21 400 dollar. (I Sverige har motsvarande kostnad för kvinnor över 50 år beräknats till 30 000–60 000 kr.)

Överskattad risk och nytta

Forskarna pekar dock på opinionens betydelse: yngre kvinnor oroar sig mer för bröstcancer, de överskattar risken att dö av sjukdomen, och de överskattar nyttan med mammografiscreening. Kan politiker stå emot sådana förväntningar?

En ledarskribent, David M Eddy, kommenterar att om inte kostnaderna för mammografi sänks dramatiskt kommer screening av yngre kvinnor alltid att vara dyr i förhållande till nyttan – men »mammografi-screening tycks leva sitt eget liv, oberoende av alla överväganden om bevis, effektivitet och kostnadseffektivitet». Till och med dess starkaste supportrar måste vara besvikna över hur liten nyttan är och hur sent den syns (ett dödsfall förebyggs bland 1 000 kvinnor under tio års tid) och över den stora sannolikheten för ett falskt positivt resultat (omkring 25 procent över tio år), skriver Eddy.

Kontroversen kring mammografi har vidare implikationer. Ytterst handlar den inte om huruvida man räknat rätt i alla detaljer om kostnader etc, utan om man skall ta hänsyn till kostnadseffektivitet över huvud taget – och inte bara enögt se på ett enda verksamhetsfält.

Eddy ställer en samvetsfråga: Bör vi, när vi ser på en teknik som mammografi, utgå från att den är bra tills motsatsen bevisats – eller motstå frestelsen att propagera för den tills den visats vara effektiv?

Yngve Karlsson, Läkartidningen