

## Rökavvänjning eller lungcancerscreening – en konstlad motsättning

**II** Hans Gilljam hävdar i Läkartidningen 24/01 (sidan 2952) att screening av lungcancer är dyrt och ineffektivt och att man istället bör satsa på rökavvänjning.

För oss och många andra är det en aning cyniskt att ställa rökavvänjning mot lungcancerscreening eller för den delen behandling. Dessutom gör Gilljam några felaktiga antaganden och resultaten blir därmed missvisande.

### Hitta tumörerna i tid

Lungcancer ger symtom sent och upptäcks därför oftast när utsikterna till bot är små. Vår målsättning är att hitta tumörerna i tid, dvs innan den tickande bomben hunnit krevra!

Detta ger oss den nya tekniken med lågdos-spiraltomografi möjlighet att göra.

Om man undersöker nuvarande och ex-rökare i ålder 40–75 år kommer man att hitta ungefär hälften av alla lungcancerfall i landet (opublicerade data från Gävle), dvs 1 500 fall. Av dessa kommer åtminstone 80 procent att vara botbara – dvs 1 200 fall. Med »botbar« menar vi att patienten överlever 5 år utan tecken till recidiv av cancer – och därmed är risken minimal att cancer ånyo dyker upp.

Däremot kan andra rökrelaterade sjukdomar eller andra åkommor påverka den förväntade överlevnaden, men vi vet

av erfarenhet att majoriteten av de 5-årsöverlevande lever också 10 år.

### Kostnadsaspekterna

Näväl, om vi accepterar Gilljams övriga siffror med en total kostnad för screening på 1,4 miljarder kronor, och räknar med en överlevnadsvinst på 5 år per funnen lungcancer (vilket är för lågt) får vi alltså  $5 \text{ år} \times 1\,200 \text{ personer}$ , summa 6 000 levnadsår – med en totalkostnad per vunnet levnadsår som är 230 000 kronor – är det särskilt mycket?

Vad man egentligen skall jämföra med (om man nu räknar pengar) är de alternativa kostnader som skulle ha uppstått om man inte hade hittat tumören i tid. För var och en skulle (bortsett från utredningskostnaderna, som ju är desamma) sjukhusvård, cytostatikabehandling, hemsjukvård, hospis, terminalvård etc ofrånkomligen ha uppträtt, lågt räknat 500 000 kr per person, dvs totalt 600 miljoner kronor.

Drag detta från 1,4 miljarder och summan blir 0,8 miljarder, dela detta med 6 000 levnadsår – och kostnaden per levnadsår är 133 000 kr. Då har vi inte räknat med att många patienter ännu ej är i pensionsåldern – så deras bidrag till samhällsekonomin när de fortsätter att arbeta är ej medtagna.

Motsättningen mellan rökavvänjning

och screening är konstlad. Tvärtom kompletterar de varandra. Vi vet att riskökning för lungcancer kvarstår efter rökstopp, även om risken successivt minskar.

De personer med tung rökanamnes som Gilljam eller andra lyckas förmå att sluta röka skall naturligtvis erbjudas en screening – då kanske den förväntade livslängdsökningen på 1,54 år kan förbättras betydligt! Självklart skall rökavvänjande insatser aktivt erbjudas de personer som kommer till screening – dessa personer är ängsliga för sin hälsa och sannolikt en tacksam grupp för detta.

Låt oss fortsätta att arbeta tillsammans för att minska mortaliteten i lungcancer i landet, på olika vägar och utan att motarbeta varandra!

**Gunnar Hillerdal**

*docent, överläkare, lungkliniken,  
Akademiska sjukhuset, Uppsala;  
samt lungkliniken, Karolinska sjukhuset,  
Stockholm*

**Hirsh Koyi**

*avdelningsläkare, doktorand*

**Eva Brandén**

*överläkare, doktorand;  
båda vid lungkliniken,  
Länssjukhuset Gävle–Sandviken*

## Visst skall läkaren vara dataansvarig

**II** Kommentar till kollegerna Goliger, Nielsen, Pedersen och Wickström i LT 26–27, sidan 3150:

Tack för artikeln, en artikel som gav mig den första tanken »Har man inte kommit längre?« för att i nästa ögonblick undra om jag möjligen missförstått Ert budskap.

1. Naturligtvis skall läkaren vara den övergripande ansvarige för informationsbehandlingen inom sitt arbetsfält, liksom sjuksköterskan och laboratorieassistenten inom sitt.

I mitt arbete med frågorna rörande informationsbehandlingen inom hälso- och sjukvård på 1960-talet och framåt, såg jag detta som den naturliga vägen att bygga system både för laboratorier och vårdenheter.

Jag benämnde mig själv informationsarkitekt. Därmed menades, att jag var – gentemot både sjukvårdspersonalen och datateknikerna – den ytterst ansvarige för

systemets arkitektur, men även kontrollant av det färdiga systemet, innan det sattes i drift.

Vid inget av de system jag var informationsarkitekt för hade jag anledning att ändra uppfattning.

### Jämförelse med ett träd

2. Er sista mening – »Ska några tusen primärvårdsläkare anpassa sig till några dataprogram eller tvärtom?« – gör mig förbryllad, dess mer som vi idag stundligen använder ett system, som millioner anpassat sig till, jag menar Internet, med vars hjälp detta är skrivet och befordrat.

För att bli bättre förstådd tar jag bilden av ett träd. Rötterna suger upp idéer från verksamheten, saven för informationen fram och tillbaka, stammen kan ses som grundsystemet, och grenar och blad som delsystem. Först när saven för fram korrekt information till den enskilda delen sker tillväxt.

Denna min erfarenhet har jag bl a från ett journalsystem som jag var informationsarkitekt för under min tid som regementsläkare i slutet på 1980-talet. Det systemet användes av mina sköterskor – även i fält – och av mig med framgång.

Tyvärr fick jag inte möjlighet att slutföra det på grund av en förtidspensionering. Jag tror dock att det kunde ha använts inom hela försvaret, och varför inte på andra enheter, t ex vårdcentraler.

**Sven Wittboldt**

*fd övlt vid Medkär, leg läkare, Göteborg*