

Alternativ förklaring till minskad återfallsrisk vid screeningupptäckt cancer?

■ Bäste Lars-Erik!

Jag skulle vara tacksam för en kommentar kring bröstcancer som upptäcks av screening i Sverige. Du har i Läkartidningen 51–52/2004 (sidan 4191), under vinjetten »Nya rön«, refererat ett arbete av Joensuu och medarbetare publicerat i JAMA 2004;292:1064-73.

Den publicerade studien som du refererar till visar att resultatet i form av återfall är bättre för kvinnor som får sin tumör diagnostiserad via screeningen än för dem som får sin diagnos via spontanupptäckt. Dessa resultat är naturligtvis glädjande. Samtidigt kan frågan ställas om slutsatsen kan vara att kvinnor som får sin bröstcancer upptäckt via mammografiscreening tack vare denna procedur (tidig upptäckt) har en bättre prognos eller om det finns en annan förklaring.

De norska kollegorna Per-Henrik Zahl, Bjørn Heine Strand och Jan Mæhlen publicerade ett arbete i BMJ i april 2004 (BMJ 2004;328:921-4) med slutsatsen att i storleksordningen 30 procent av de kvinnor som efter screening fick diagnosen invasiv bröstcancer i Sverige var överdiagnostiserade. Det vill säga att

de fick en diagnos och behandlades för en sjukdom som inte skulle ha påverkat deras livshistoria. Detta innebär ju att gruppen screeningupptäckta bröstcancerfall innehåller många som inte kommer att få återfall eftersom de är »överdiagnostiserade«.

Frågan är nu om den av dig refererade studien i JAMA är ett stöd för att kvinnor som deltar i mammografiscreening har en bättre prognos för den cancer som upptäcks vid screening, på grund av att de deltog, eller om JAMA-studien stödjer de norska resultaten att det föreligger en omfattande överdiagnostik vid screening/mammografi.

Båda dessa förklaringar är möjliga med hänsyn till att risken för återfall visade sig vara mindre för kvinnor som fått bröstcancerdiagnos efter mammografiscreening än för kvinnor som fått bröstcancerdiagnos inom ordinarie sjukvård.

Hur tolkar du resultaten av Joensuu och medarbetares resultat?

Göran Sjönell

med dr, familjeläkare, Stockholm
goran.sjonell@kvam.nu

Replik:

Det kvarstod en prognostisk betydelse av att tumören upptäckts via mammografi

■ Bäste Göran,

I screeningsammanhang är fenomenet »length-biased sampling« känt sedan länge. Det innebär att man i en screeningssituation kan ha en tendens att i större utsträckning upptäcka mer långsamt växande tumörer än i sedvanlig klinisk diagnostik.

Vad den refererade artikeln av Joensuu och medarbetare visade var att även om man tar hänsyn till både konventionella prognosmarkörer (tumörstorlek, tumorspridning till axillen osv) och vissa moderna biomarkörer av tumörens malignitetsgrad, kvarstod en prognostisk betydelse av det förhållandet att tumören upptäckts via hälsoundersökning med mammografi. Observationen kan vara av klinisk betydelse för beslut om fortsatt behandling. Syftet med studien var inte att belysa om vissa bröstcancerpatienter upptäckts »i onödan« genom screening.

Helt allmänt är det så att de flesta preventiva insatser (hälsoundersökningar av till synes friska individer, behandling av asymtomatisk hypertoni eller höga

blodfetter m m) innebär att individer utsätts för diagnostik eller behandling utan att det med fullständig säkerhet innebär någon annan vinst för den enskilde än att han eller hon minskar sin framtida risk att råka ut för allvarliga hälsokonsekvenser.

Bedömningen av om en viss form av preventiv insats bör ingå som en del av den allmänna hälso- och sjukvården bygger alltid på en subjektiv värdering av kostnader i vid bemärkelse kontra potentiella hälsovinster. Eftersom regelbundna hälsoundersökningar med mammografi övertygande har visat sig vara en kostnadseffektiv metod att minska risken för död i bröstcancer finns idag en internationell konsensus i västvärlden om att kvinnor i vissa åldersgrupper bör erbjudas regelbunden screening med mammografi.

Lars Erik Rutqvist

professor,

Karolinska Universitetssjukhuset Solna
lars-erik.rutqvist@karolinska.se

Sjukhuskrävande förgiftningsfall bland barn minskar

■ I Läkartidningen 47/2004 finns ett reportage om barnläkaren Gunnar Christiansson, som på ett framsynt sätt redan på 1950-talet lanserade ett »barnsäkert« skruvlock i syfte att minska riskerna för förgiftning bland småbarn [1]. Man får också reda på att det gick trögt med introduktionen av locken, men att det numera är vanligt med barnskyddande förslutningar. Detta är helt korrekt. Däremot förtjänar artikelns avslutande del en kommentar.

Färre barn vårdas efter förgiftning

Med hänvisning till en artikel i Läkartidningen [2] hävdas att Giftinformationscentralen (GIC) vart tionde år slår fast att »förgiftningsfall bland barn är vanliga«, samt att centralen inte gjort några »allvarliga ansträngningar ... att hos ansvariga myndigheter kräva en lagstiftning om säkerhetslock ...«. I vår artikel konstateras i själva verket att antalet barn som krävt sjukhusvård på grund av inträffad förgiftning »mer än halverats mellan åren 1990 och 2000« och att av de sex fall som klassificerades som allvarliga år 2000 berodde ett enda på ett typiskt barnolycksfall – de övriga fem var relaterade till hugggömsbett (tre) och iatrogena överdoser (två).

Fortfarande många tillbud

Däremot är antalet tillbud med olika preparat fortfarande stort – barnens nyfikenhet och lust att pröva olika saker kan man inte lagstifta bort. Man kan däremot verka för att de produkter barnen kan komma åt innebär minimal risk, och att de som ändå är riskabla skall vara »barnsäkert« förpackade. Och därvidlag har mycket skett, vilket alltså återspeglas i ett drastiskt minskat antal fall av akut förgiftning!

Barnskyddande förslutningar infördes i början av 1990-talet för mixturer innehållande paracetamol och terbutalin – förgiftning med dessa två preparattyper var bland läkemedlen helt dominerande orsak till sjukhusvård. För att uppnå detta agerade GIC med gott gensvar från både Läkemedelsverket och industrin, och en utvärdering bekräftade övertygande effekten av åtgärden [3].

Läkemedelsverket har nyligen mer allmänt beskrivit hur data från GIC ligger till grund för regulatoriska åtgärder [4]. Viktiga initiativ beträffande profylax på kemikaliesidan har t ex gällt införande av barnskyddande förslutningar

på frätande kemikalier och petroleumprodukter (reglerat i lag för båda produkttyperna) samt ändrad sammansättning på maskindiskmedel och kylarväs-kor.

GIC har i regel tillhandahållit underlag för beslut och även följt upp effekterna [2-7]. I det profylaktiska arbetet har centralen selektivt inriktat sig på sådana produkter som är riskabla och i

realiteten också visat sig skapa problem. Det bör nämnas att informella kontakter i dessa sammanhang ofta fungerar snabbt och utmärkt, medan lagstiftning alltid tar sin tid.

Hans Persson

med dr, överläkare,

Giftinformationscentralen, Stockholm

hans.persson@apoteket.se

Primärvård och semantik: »Vårdprocess« bättre än »vårdkedja«

II Två (semantiska) kommentarer till Benny Ståhlbergs ledare i Läkartidningen 50/2004. Under stycket »Familjeläkarna utgör ...« använder BS uttrycket multisjuka patienter. Jag använde själv samma uttryck i en debattartikel. Det föranledde en hel del påpekanden från allmänheten inklusive från en av våra kulturpersonligheter. Flera läsare (med åldern inne) upplevde nämligen benämningen som kränkande. Måhända visar vi större respekt om vi framgent benämner denna grupp »patienter med komplexa vård och omsorgsbehov« eller ännu hellre spanskans poetiska »den fjärde åldern«.

Min andra kommentar gäller vad BS skriver om fungerande »vårdkedja«. Jag

anser att vi bör sluta använda begreppet vårdkedja. En kedja förutsätter nämligen att A måste inträffa före B som måste inträffa före C etc. Detta ger oss fel mental bild av hur vi skall bedriva sjukvård. Vår ambition med patienten är förstås att så mycket som möjligt skall ske parallellt för att korta tid för utredning, diagnos och inledning av behandling. Vi bör i stället använda uttrycket vårdprocess och mentalt tänka bilden nätverksbaserad sjukvård med patienten i absolut centrum.

Henrich Wilander

distriktsläkare och processledare,

närsvården i centrala Östergötland

Henrich.Wilander@lio.se

Replik:

Teamen i primärvården skall utgå från patientens behov

II Tackar för de semantiska synpunkterna på min ledare i Läkartidningen 50/2004, »Så skapar vi en bra primärvård«.

Innebörden i hela ledaren är hur flera yrkeskompetenser kan arbeta tillsammans med familjeläkaren kring den enskilde patientens problem. Allmänmedicinarens roll är mycket viktig för att primärvården/närsvården skall fungera optimalt. Tyvärr är det just bristen på familjeläkare som på många håll gör att den första linjens sjukvård inte fungerar på det sätt man tänkt sig.

Begreppen vi använder

Ordet vårdkedja är väletablerat, men jag håller med Henrich Wilander om att ordet vårdprocess kan vara bättre då vi skall tänka i nätverk. Jag påpekar också i ledaren att teamen skall vara funktionella och inte organisatoriska, dvs ett team skall utgå från patientens behov.

Multisjuka patienter låter inte så bra

och de skulle kunna omnämnas på annat sätt, t ex patienter med flera diagnoser och stort vårdbehov. Det är just allmänläkarens styrka att kunna hantera detta spektrum, från patienter med enkla diagnoser till de med mer komplexa vårdbehov.

De »multisjuka« har ofta behov av hemsjukvård där det idag är problem med läkarstödet på flera håll i landet. Med ett utbyggt familjeläkarssystem har dessa patienter också möjlighet att få en fast läkarkontakt som kan vara med i vården. Det kan då skapas möjligheter för familjeläkaren att göra hembesök och delta i vårdplanering kring hemsjukvårdspatienten. Genom att läkaren är med i vården kring patienten i hemmet kan säkert en och annan inläggning på sjukhus förhindras.

Benny Ståhlberg

2:e vice ordförande i Läkarförbundet

benny.stahlberg@svdlf.se

Referenser

1. Käärik U. Svensk läkare uppfann barnsäkert skruvlock – vad hände sedan? Läkartidningen 2004;101:3813-5.
2. Irestedt B, Persson H, Sjöberg G. Förgiftningstillbud bland barn vanliga men oftast inte allvarliga. Läkartidningen 2004;101:2256-60.
3. Assargård U, Sjöberg G. Barnskyddande förpackning resulterade i drastisk minskning av antalet förgiftningstillbud. Svensk Farmaceutisk Tidskrift 1993;97:38-9.
4. Data från Giftinformationscentralen – grund för regulatoriska åtgärder och informationsinsatser på Läkemedelsverket. Information från Läkemedelsverket 2004;15(6):38-9.
5. Persson H. Förgiftningstillbud med petroleumprodukter. Läkartidningen 1983;60:2636.
6. Åkesson J, Karlson-Stiber C, Fredriksson B, Wattsgård C, Lundholm B. Aspiration av alifatiska kolväten kan ge livshotande lungpåverkan hos barn. Läkartidningen 1990;87:4420-3.

Serafen 250 år – glöm inte bort medicinkliniken

II Det är ett tack-nämligt initiativ som

*Serafimerlasarettet
250 år*

Medicin-historiska Museets Vänner tagit när man firar Serafimerlasarettets 250 år med en seminarierie rörande sjukhusets betydelse och dess läkares insatser [1].

Jag blir emellertid bedrövad när det av programmet verkar som om sjukhuset inte hade någon internmedicinsk klinik av betydelse, när det i verkligheten under lång tid hade två. Visserligen apostroferas insatser mot lungtuberkulos, men internmedicin är så mycket mer. Under Israel Holmgren förekom en viktig period, under Gunnar Biörck en annan.

Jag fick anledning att närmare granska den senares insatser när Karolinska institutet för några år sedan bad mig skriva en uppsats om Gunnar Biörcks kamp för Serafen, en artikel vars vidare öden jag inte har klart för mig. I alla händelser borde en beskrivning av Serafimerlasarettets roll i Sveriges och Stockholms sjukvård inte förbigå den medicinska klinikkens betydelse.

Den insats som gjordes för kardiologins utveckling under Gunnar Biörck – bland annat utveckling av hjärtinfarktövervakning – liksom hans kamp för Serafimerlasarettet som undervisnings-sjukhus, borde inte förbigås när man vill belysa Serafimerlasarettets betydelse.

Lars Werkö

professor emeritus, Stockholm

Referens

1. Serafimerlasarettet 250 år. Läkartidningen 2005;102:94-5.