

## Ofta depression bakom läkares självmord

■ En arbetsgrupp rapporterade förra året i JAMA ett konsensusdokument om suicid bland läkare [1]. Arbetsgruppen var tillsatt av the American Foundation for Suicide Prevention. Man anger att läkares förhöjda suicidfrekvens observerats redan 1858 i England, men att mycket liten uppmärksamhet ägnats åt problemet. Man jämför med gjorda insatser mot rökning hos läkare som lett till att denna minskat 40–60 procent, vilket medfört att läkare nu har en underrisk jämfört med normalbefolkningen vad gäller rökrelaterad cancer, hjärtsjukdom och stroke.

Man konstaterar att riskfaktorer för suicid bland läkare främst är depression och missbruk. Stressorer har inte samband med läkares förhöjda självmordsrisk, förutom i de fall där psykisk sjuklighet redan funnits. I Finland undersöktes sju konsekutiva självmord bland läkare. Alla hade befunnits ha depression, men i inget fall hade detta medfört adekvat diagnos och behandling.

Arbetsgruppen diskuterar varför dessa tillstånd inte behandlas hos läkare. Okunskap om depression och suicidalitet nämns som en viktig faktor men man skriver också att »... the medical profession does not encourage physicians to admit health vulnerabilities or seek help«. Amerikanska läkare har också en rädsla för att komma i under-

läge gentemot försäkringsbolag och de delstatliga myndigheter som utfärdar licens för rätten att praktisera som läkare. I det sammanhanget misstror man konfidentialiteten. Rekommendationerna från arbetsgruppen är mer forskning, att läkare själva har kontakt med en läkare för sin hälsovård, att läkare lär sig känna igen och söka för symtom på depression och att de lär ut detta till studenter och yngre läkare.

Arbetsgruppens råd är lätta att instämma i, framförallt att man fokuserar på depression och missbruk men också att man pekar på svårigheterna för läkare att själva vara patienter. Samtidigt kan man kanske ifrågasätta betydelsen av allmänt hållna dokument. Konfirmerad överdödlighet i suicid föreligger veterligen bara bland psykiatrer och kvinnliga läkare [1, 2]. Kanske skulle det vara mer effektivt om man begränsade måltavlan till dessa kategorier för mer specifika interventioner?

**Göran Isacson**

goran.b.isacson@slpo.sll.se

1. Center C, et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. JAMA. 2003;289(23):3161-6.
2. Holmes VF, Rich CL. Suicide among physicians. In: Blumentahl SJ, Kupfer DJ, editors. Suicide over the life cycle. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc;1990 p. 599-618.

## Värdet av preoperativ MR för att minska återfallsrisken vid bröstcancer

■ Mammografi har hög sensitivitet för att påvisa preinvasiv bröstcancer, men MR har visats ha högst sensitivitet för att påvisa invasiv malignitet. Detta gäller i synnerhet för patienter med tät bröstparenkym och för att skilja ärrvävnad från malignitet. I tidigare studier av MR i bröstcancerdiagnostik har återfallsfrekvensen inte utvärderats, när preoperativ bedömning inkluderat MR.

I den aktuella studien bedömdes retrospektivt 346 kvinnor med histopatologiskt verifierad bröstcancer, varav 121 undersöktes med preoperativ MR. MR-undersökningarna utfördes i 1,5 T helkropp-MR med dynamisk undersökning och normaldos av intravenös kontrast. En 2D-gradientekosekvens med 4 mm snitt användes samt subtraktion och kontrastuppladdningskurvor vid bedömningen. Alla tumörer var histopatologiskt verifierade och uppföljningstiden postoperativt mer än 20 månader (medel 40,3 månader i gruppen med preoperativ MR, respektive 41

månader i gruppen utan MR). Behandling med operation och systemisk behandling, inklusive kemoterapi och strålbehandling, enligt lokalt gällande riktlinjer var likvärdig i grupperna.

I gruppen med preoperativ MR visades återfallsfrekvensen vara 1,2 procent, och kontralateral cancer upptäcktes under uppföljningsperioden hos 1,7 procent, jämfört med 6,8 respektive 4 procent i gruppen utan MR, vilket var statistiskt signifikanta skillnader.

Författarna anser att preoperativ MR kan rekommenderas för lokal stadieindelning vid histopatologiskt verifierad bröstcancer. Med detta synsätt blir MR inte nödvändigt som screeningkontroll de första postoperativa åren.

**Maria Kristoffersen Wiberg**

maria.kristoffersen.wiberg@cfs.ki.se

Fischer U, et al. The influence of preoperative MRI of the breasts on recurrence rate in patients with breast cancer. Eur Radiol. 2004;14(10):1725-31.

## Färre besök om patienten får välja

■ Enligt dagens sjukvårdsteorier innebär ökad tillgång till sjukvård större efterfrågan och överkonsumtion. Följaktligen läggs det ner resurser på att göra det besvärligare att söka vård, exempelvis genom restriktioner på läkarbesök hos specialister. Skeptiker som tvivlar på att patienter söker mer bara för att det är enkelt kan hitta argument för



**Josef Milerad**

medicinsk chefredaktör

sin sak i en sexårsstudie där fria och reglerade specialistkonsultationer jämfördes (BMJ 2005;330:171). 209 patienter med reumatoid artrit (RA) randomiserades till att kunna söka sin reumatolog när de själva ville eller att komma på förutbestämda återbesök. RA är en kronisk sjukdom som lämpar sig väl för denna analys. Akuta försämringar är svåra att förutsäga, och patienterna går ofta både hos sin familjeläkare och hos en specialist.

**Det utfall som analyserades** efter sex år innefattade bl a sjukdomsaktivitet, livskvalitet, patienttillfredsställelse och sjukvårdskonsumtion.

Det fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna avseende sjukdomsprogress och livskvalitet, även om utfallet i enstaka variabler var aningen bättre för »söka fritt«-gruppen.

Däremot var såväl patienter som familjeläkare klart nöjda och kände sig tryggare med det fria systemet. Den mest påtagliga skillnaden gällde sjukvårdskonsumtionen. Räknat som antalet besök hos reumatolog minskade antalet konsultationer med hela 38 procent i den grupp som fick söka fritt.

Författarna tolkar resultaten försiktigt. Grupperna var små och »blindning« var inte möjlig. Man rekommenderar dock att systemet provas för alla patienter med kroniska sjukdomar. Om man skall ta ansvar för sin sjukdom måste man också kunna bestämma när man vill söka och vem man vill konsultera.

josef.milerad@lakartidningen.se