

möjliga uppföljningar av de vanligaste cellförändringarna – de lätta (CIN1) och de svårvärderade (svårvärderad skiv-epitelatypi). Problemet, som Stockholmsstudien, med stöd av internationella data, visar, är att man inte får kostnadseffektivitet i detta förrän kvinnan är 35–40 år. Eftersom så många kvinnor med cellförändringar i yngre ålder är positiva för testet har det en mycket dålig diskriminerande förmåga. Riktlinjerna kommer alltså att innehålla en åldersgräns.

Skribenterna tar också upp användning av HPV-testning som uppföljning efter behandling av höggradig dysplasi. Denna fråga står på C-ARGs dagordning, men vi kan konstatera att data här ännu inte är lika övertygande. En holländsk studie [2] visar högre förmåga för HPV-test att påvisa histopatologisk dysplasi 3–6 månader efter behandling än cytologipro, dvs ofullständig behandling. Sensitiviteten var marginellt bättre efter 9–12 månader och likvärdig med cellprov vid 24 månader. En systematisk översikt (där bl a våra svenska studier ingick) påvisade en sensitivitet för HPV-test om 75–93 procent för kvarstående eller ny dysplasi 3–24 månader efter behandling av CIN [3].

Baserat på dessa data skulle ett HPV-test kunna ersätta två cellprov vid uppföljning, vilket inte är någon stor vinst. Det finns inga välgjorda prospektiva studier med tillräcklig statistisk styrka för att kunna jämföra olika uppföljningsstrategier, och när det gäller den mest resurskrävande frågan om långtidsuppföljning efter behandling saknas ännu kunskap om prestanda hos HPV-testning.

Det är viktigt att vaccination mot HPV och cervixcancer följs upp med vetenskapliga studier med frågeställning om den verkliga effekten mot cancer och den kliniska durationen av vaccinet. För detta behövs studier med HPV-typning av framför allt histopatologiska prov för dysplasier och cancer hos de vaccinerade. Sådana studier pågår [4]. Att, som författarna, föreslå att kvinnor och mellanstadie flickor skulle ha någon nytta av att regelmässigt genomgå HPV-test före och efter vaccination ställer vi oss mycket frågande inför.

Den snabba vetenskapliga utvecklingen ger nya perspektiv och möjligheter för prevention av cervixcancer även i ett

land som Sverige där sjukdomen framgångsrikt har bekämpats med gynekologisk cellprovskontroll sedan 1960-talet.

»Samtliga dessa [metoder] måste vetenskapligt granskas och ha bevisad nytta i sitt sammanhang innan de introduceras, en uppgift som C-ARG försöker bidra till ...«

Upptäckten att infektion med högriskvarianter av humant papillomvirus är en nödvändig förutsättning för att utveckla cervixcancer har gett oss möjlighet att för första gången förebygga cervixcancer med primärprevention. Omfattande kliniska prövningar har visat att detta kan ske i form av vaccination mot de två vanligaste onkogena HPV-typerna.

Många metoder gör nu anspråk på att kunna komplettera eller ersätta delar av det framgångsrika screeningprogrammet. Samtliga dessa måste vetenskapligt granskas och ha bevisad nytta i sitt sammanhang innan de introduceras, en uppgift som C-ARG försöker bidra till. Alla intresserade är välkomna att delta i det arbetet.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Kristina Elfgrén har varit provare i studier av Gardasil, sponsrade av MSD, där Björn Strander har varit kolposkopist.*

Björn Strander
gynekolog, Göteborg; webmaster i C-ARG (arbets- och referensgrupp för cervixcancerprevention) inom Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG)
bjorn.strander@swipnet.se

Bengt Andrae
gynekolog, Gävle;
ordförande i C-ARG

Kristina Elfgrén
gynekolog, Stockholm;
sekreterare i C-ARG

REFERENSER

1. Strander B, Andrae B, Elfgrén K. Olämpligt använda ospecifikt test. *Läkartidningen*. 2007;104:260.
2. Nobbenhuis MA, Meijer CJ, van den Brule AJ, Rozendaal L, Voorhorst FJ, Risse EK, et al. Addition of high-risk HPV testing improves the current guidelines on follow-up after treatment for cervical intraepithelial neoplasia. *Br J Cancer*. 2001;84:796–801.
3. Paraskevaidis E, Arbyn M, Sotiropoulos A, Diakomanolis E, Martin-Hirsch P, Koliopoulos G, et al. The role of HPV DNA testing in the follow-up period after treatment for CIN: a systematic review of the literature. *Cancer Treat Rev*. 2004;30:205–11.
4. Norrby R. Smittskyddsinstitutet startar register för uppföljning av vaccination mot humant papillomvirus. *Läkartidningen*. 2006;103:2672.

Missvisande om patientskador i primärvården

■ I *Läkartidningen* 4/2007 (sidan 247) hävdar Jon Ahlberg att primärvården har en anmärkningsvärd frekvens av patientskador. Han hävdar vidare att det inte finns besöksstatistik att jämföra skadefrekvensen med.

Det stämmer inte. Statistik finns och har ventilerats helt nyligen här i LT i mina debattinlägg (49/2006, sidan 3955, och 3/2007, sidan 143) angående arbets- och läkarfördelningen mellan sjukhusvård och primärvård. Riksstatistik redovisas bl a i boken »Den sjuka vården« av Stefan Fölster m fl (Stockholm, Ekerlids, 2003). Där framgår klart att det är stor skillnad i »patientexposition« mellan primärvård och sjukhusvård. I snitt ser varje sjukhusläkare drygt 2 patienter dagligen, statistiskt. En allmänläkare ser i snitt 13 patienter dagligen. Bägge siffrorna inkluderar jour- och akutmottagningars besök.

Stockholms läns landsting, som motsvarar fem–sex normala landsting, redovisade för ett par år sedan nästan lika många besök i primärvård som på sjukhus. Sjukhusen har cirka 5 000 läkare anställda medan primärvården i SLL har cirka 800–900 läkare.

Det innebär, som Fölster visat, att varje allmänläkare belastas med 5–6 gånger så många patientbesök som en sjukhusläkare. Även om forskartid m m räknas bort kvarstår en betydande skillnad.

I förhållande till besöksstatistiken har primärvården en mycket låg frekvens av anmälningar och patientskador.

Det är viktigt att LTs medicinske redaktör gör en rättvis redovisning.

Vi allmänläkare upplever ofta att vi pekats ut på ett ogrundat sätt, samtidigt som man gärna lastar på oss mer arbete och ökar kraven på service och tillgänglighet, detta utan några som helst öknings i vår andel av sjukvårdsbudgeten de senaste 20 åren.

Trots detta är skadefrekvensen i primärvården relativt sett låg, men den skulle bli ännu lägre om arbetsmiljön var mer rimlig än den är på många håll idag.

Kjell Nyman
distriktsläkare,
Lisebergs vårdcentral, Älvsjö, Stockholm
Kjell.Nyman@sll.se