

SBU uttalar sig inte om screening med mammografi utan underlag

Vid sammanträde i styrelsen för SBU den 11 december 1995 diskuterades de påståenden som förts fram i Läkartidningen i anslutning till debatten om mammografiscreening att »myndigheterna aktivt börjat motarbeta screeningen», att »SBU försöker påverka och manipulera med uppgifter baserade på inaktuella siffror» och »driver en massmedial lobby».

Styrelsen förklarar att dessa påståenden saknar all grund.

SBU har inte granskat hela den vetenskapliga litteraturen om bröstcancerscreening och inte heller påstått att så skett.

I »Vetenskap och praxis» har SBU publicerat en figur ur en artikel i *Lancet* 1995 som utgör en bearbetning av svenska publicerade data rörande screening för bröstcancer, samt försett denna med en kort kommentar. Även i fortsättningen kommer SBU i *Vetenskap och praxis* att publicera aktuella data ur internationell vetenskaplig litteratur försedda med en kort kommentar i avsikt att stimulera kritiskt tänkande och debatt inom sjukvården.

SBU kommer inte att kommentera massundersökningar för bröstcancer på samma sätt som skett med massundersökningar för prostatacancer förrän en projektgrupp granskat det vetenskapliga underlaget för en sådan verksamhet.

Lars Werkö
ordförande i SBU:s styrelse

Replik:

SBU bör använda originaltexter

SBU:s styrelse förnekar att SBU motarbetat mammografiscreening. Men att SBU faktiskt gjort det är fullständigt klart. Under många år har SBU:s ordförande Lars Werkö bland annat i tidningsartiklar [1] ifrågasatt värdet av förebyggande hälsovård. SBU använder konsekvent felaktiga uppgifter. Screeningstadsneder [2, 3] och återkallningsfre-

kvens [4] anges vara 5–10 gånger högre än i verkligheten (Lundgren B, Gävle, Svensk förening för radiologisk bröstdiagnostik, se artikel på sid 126 i detta nummer). I Älvsborg är Christer Enkvist landstingsöverläkare. Han är ledamot i SBU och har lyckats övertyga politikerna att med ett fullmäktigebeslut fattat med 89 röster mot 12 lägga ner screeningen. Det är allvarligt.

Utomordentligt omfattande

Werkö medger att SBU inte har granskat hela den vetenskapliga litteraturen i ämnet. Förvisso! Ingen torde heller begära att SBU skall behärska »hela litteraturen». Däremot är det ett minimikrav att ett statligt organ för medicinsk utvärdering känner till grundläggande fakta från litteraturen och återger dessa korrekt när man uttalar sig om och agerar i en fråga som denna.

Litteraturen är utomordentligt omfattande. Att ur den välja en artikel som återger felaktiga och inaktuella siffror visar tydligt SBU:s inriktning att motarbeta mammografiscreening. SBU bör ha omdöme att i stället för att välja »bearbetning av svenska publicerade data» använda originaltexter. Den »korta kommentaren» av SBU [4] är ingenting annat än just ett försök att »påverka och manipulera med uppgifter baserade på inaktuella siffror».

SBU skall naturligtvis publicera aktuella data ur internationell vetenskaplig litteratur. Det är ju den uppgift SBU har. Avsikten att stimulera kritiskt tänkande och debatt är lovvärd. Förhoppningsvis kommer det övertramp som nu presterats att

KORRESPONDENS

Max 400 ord i korrespondensspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalten är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren.

generera viss självkritik inom SBU.

Avslutningsvis kopplar SBU ihop prostatacancer med bröstcancer, vilket inte är vetenskapligt relevant. Ifråga om bröstcancer finns väldokumenterad nytta med hälsoundersökningarna, ifråga om prostatacancer finns inga omfattande studier som visar minskad dödlighet. Om uttalandet är ett löfte att SBU fortsättningsvis inte skall kommentera mammografiscreening utan att ha vetenskapligt underlag är det på tiden.

Staffan Cederblom
docent,
Göteborg

Litteratur

1. Werkö L. Förebyggande vård måste utvärderas nog. Sv D 7 mars 1995, sid 4.
2. Johansson C. Älvsborg stoppar mammografiscreening. Landstingsvärlden 34/95, sid 12.
3. Lindqvist U. »Sluta sparka på sköterskor». Professor ifrågasätter läkartjänster och stora undersökningar. (Intervju med Gösta Tibblin i egenskap av SBU-ledamot). GöteborgsPosten, 11 november 1995, sid 12.
4. Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering. Medicinsk Vetenskap och Praxis 1995, nr 3. (Massutskick med Läkartidningen).

Diagnosmiss vid bensår

I anslutning till den medicinska kommentaren med rubriken »Ökat intresse för kroniska bensår» (Läkartidningen

48/95) skulle jag vilja komma med en aktuell fallbeskrivning.

En 51-årig kvinna sökte på en vårdcentral för återkommande problem med ett svårsläkt sår på utsidan av underbenet i operationsåret efter den ena av två osteosyntesskruvar som satts in vid en ortopedisk operation på grund av en fotledsfraktur några år tidigare. Såret krävde långvariga och upprepade behandlingar med ibland dagliga omläggningar hos distriktssköterskan i sammanlagt minst 60 veckor. Hon behandlades av distriktsläkare med antibiotika peroralt vid åtminstone fyra tillfällen.

Alltsedan den första operationen gjordes hade ortopederna känt till att ett borrhälsfragment legat kvar, från början i tibia, i anslutning till den övre av osteosyntesskruvarna som var en s k ställskruv genom fibula och tibia och som tagits bort sex veckor efter skadan. Patienten själv, och därmed distriktsläkaren och distriktssköterskan, hade däremot fått uppfattningen att allt osteosyntesmaterial avlägsnats, att »den sista skruven» tagits ut tre år efter den första operationen. Tidigare samma år hade hon också opererats för åderbräck på båda underbenen. Operationssåren efter dessa läkte helt utan problem.

Först efter ca 10 års återkommande behandlingar slog distriktssköterskan larm. Hon tyckte att något inte stämde och krävde en röntgenkontroll av om det ändå inte kunde finnas något »metallskrot» kvar. Vid den röntgenundersökning som då företogs konstaterades att »borrbiten låg mellan fibula och tibia motsvarande såret på huden». Innan den helt komplikationsfria operationen för att avlägsna fragmentet kunde komma till stånd dröjde det ytterligare åtta månader på grund av stafylokockinfektionen och viss ytterligare »doctor's delay». Efter den operationen har såret inte kommit tillbaka, och kvinnan är besvärsfri sedan tre år.

Viktigt att diagnostiken förbättras

Jag tycker denna beskrivning belyser något av det författarna framhåller: vikten av förbättrad diagnostik så att kausalterapi kan sättas in där så är möjligt. Kvinnan i mitt »fall» kunde ha besparats många års lidande om rätt diagnos ställts tidigare. Fallet är enligt min bedömning ett typiskt exempel på s k diagnosskada. Med den aktuella arti-

keln i minne kanske liknande diagnosmissar skall kunna undvikas.

Gunilla Bring
leg läkare,
Umeå

Kompressionsförband läker kroniska bensår

Bengt Zederfeldts och medarbetares artikel om kroniska bensår i Läkartidningen 48/95 ger anledning till några kommentarer.

På 1940-talet lärde jag mig av Gunnar Nyström och Axel Pettersson (LångPelle) vid kirurgiska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala, att venösa bensår skulle behandlas med kompressionsförband ad modum Bisgaard. Såret orsakas nämligen av att ödemet i benet komprimerar de små artärerna, så att vävnaden blir ischemisk. Om man trycker bort ödemet så kommer artärblodet fram och såret läker.

På den tiden lade man en zinklimstrumpa, dvs smetade zinklim över en gasbinda som man lindat om benet och utanpå den en elastoplast plåsterbinda. Sedan uppmanade man patienten att gå så mycket som möjligt för att hålla muskel-pumpen igång och bytte bandage i början en gång i veckan. När såret började läka kunde intervallat förlängas. Numera finns färdiggjorda zinkabandlindor, som förenklar proceduren.

Jag har sedan dess under mer än 40 år använt den metoden. Om såret är mycket smettigt lägger jag en Sofrakompress närmast, annars zinkaband direkt på såret.

Elastoplastbanden skall anbringas med lagom kraft så att det inte blir arteriell stas, men viktigt är att bandagaturen under foten (stigbygturen) dras åt ordentligt så att venösa plexus i planta komprimeras. Man får ta på sig besväret att lägga om bandaget en gång i veckan i början, men kan som regel varje gång glädja sig åt att såret renat upp sig och krympt från kanterna. Till slut läker alla venösa sår med denna metod.

Jag har under åren tagit emot åtskilliga patienter som gått hos distriktssköterska eller på vårdcentral och lagts om med fuktiga bandage, men där såret inte läkt. Med kompressionsförband läkte de.

KORRESPONDENS

Om man inte ser till att ödemet i fortsättningen hålls borta med stödstrumpor av tillräckligt åtsittande typ så reciderar såret stundom. Då har jag ibland – sedan såret med ovan angiven metod läkt – remitterat patienten till kärlkirurg för lämplig åtgärd för att förebygga nytt recidiv, tyvärr utan att patienten blivit hulpen. Man har inte ens ansett sig ha grejor för att klippa upp kompressionsförbandet.

Används för litet

I den medicinska kommentarens behandlingsruta hittar jag bara en passus i förbigående om kompressionsförband. Det tycker jag är synd, typ uppenbarligen används den metoden alldeles för litet av dagens unga läkare.

Nils Brage Nordlander
med dr, Uppsala

Replik:

Värdefullt påpekande

Nils Brage Nordlander har helt rätt i att kompressionsbehandling är en essentiell del i behandlingen av venösa bensår både för att skapa förutsättningar för läkning och för att förhindra recidiv om operativa åtgärder ej kan vidtas. Detta framförs i vår text, men kanske inte så kraftfullt som vore motiverat. Nordlanders påpekande är därför värdefullt.

Nils Brage Nordlander anger också att han använder Sofrakompresser vid smettiga sår, vilket vi avråda från på grund av dessa kompressers antibiotikainnehåll. Lokal antibiotikabehandling är aldrig indicerad och kan ha betydande nackdelar. Ocklusiva förband leder som regel till snabb upprensning av såret.

Bengt Zederfeldt
professor,
Malmö

Alltid dubbelt radavstånd!
Samtliga manus, även korta inlägg i debatt- och korrespondensspalterna, skall vara utskrivna med minst dubbelt radavstånd och max 25 rader per sida.

Specialistens sak avgöra om p-piller är lämpligast vid trombos

Birger Åstedts kommentar till Läkemedelsverkets råd vid p-pillerförskrivning i Läkartidningen 51–52/95 vill vi bemöta.

Med tanke på den uppmärksamhet som undersökningarna av p-piller och trombos väckte fann Läkemedelsverket det rimligt att komma med råd till förskrivarna. Avsikten var dels att beskriva den riskökning som studierna tydde på, dels att ge en svensk expertpanels synpunkter på hur fynden skulle användas i den praktiska förskrivarsituationen.

Det är viktigt att komma ihåg att den stora delen av förskrivningen sker av barmorskor med förskrivningsrätt och av distriktsläkare. Råden var inte utformade för gynekologspecialister. I såväl Fass-texter som i Socialstyrelsens allmänna råd om antikonception (1987:6) påpekas att kvinnor som lider av eller är predisponerade för vissa sjukdomar bör hänvisas till specialist inför förskrivning av p-piller.

De råd som utformades riktar sig därför i första hand till barmorskor och allmänläkare.

Hereditet för trombos är en sådan predisponerande faktor som bör utredas av specialist inför förskrivningen. Det är dock inte Läkemedelsverkets uppgift att ta ställning till hur en sådan utredning skall ske. Det är specialistens/sjukvårdens sak att avgöra. Det är också specialistens sak att, i samråd med patienten, avgöra om p-piller är det mest lämpliga preventivmedlet och i så fall vilket p-piller som skall förskrivas. På samma sätt förhåller det sig med kända koagulationsdefekter.

Det är naturligtvis bra att en arbetsgrupp inom SFOG tar fram riktlinjer för hur man skall hanteras med trombos och blödningsstillstånd inom specialiteten.

Kuhls fynd

Vid verket var vi inte medvetna om Herbert Kuhls farma-

kokinetiska studier av gestodeninnehållande p-piller. Inget gestodeninnehållande preparat är registrerat i Sverige. Kuhls fynd kan kanske bidra till en förklaringsmodell för den ökade trombosrisken med sådana piller, men verkar inte ge någon förklaring till varför desogestrel skulle kunna ge ökad risk för trombos. Kvar står att vi i dagens läge bara har en hypotetisk förklaring, vilket framgår av skrivningen i rekommendationen.

Kjell Strandberg
professor,
Arne Victor
docent,
Läkemedelsverket,
Uppsala

Handikapp är samhällets fel Alla bör följa WHOs definition

WHO har definierat handikappbegreppet i en klassifikation kallad ICID [1] och slagit fast att det består av en kedja med länkarna skada, funktionshinder, handikapp.

Skadan, t ex en hjärnblödning, är bunden till ett *organ* eller en del av kroppen, som i sin tur ger funktionshindret.

Funktionsnedsättningen är bunden till en *person* som inte kan utföra vad som är normalt för en annan människa i samma ålder och av samma kön, t ex att tala eller klä sig.

Handikappet slutligen är ett relationsbegrepp som beskriver *samhällets förmåga* att integrera en person med funktionshinder. Den funktionshinderade med slaganfall är oftast inte handikappad när han ska se på TV och inte heller om en personlig assistent hjälper honom med klädseln.

Läkartidningen är en av de få facktidsskrifter som ännu inte tagit till sig den nya definitionen (se t ex sid 4355, 4563, 4638 och 4600, alla år 1993). I flertalet artiklar står det handikappad när man menar funktionshinderad eller funktionshämrad. Handikappad betyder enligt definitionen otillräckliga anpassningar i samhället som artikelförfattaren i allmänhet inte tagit ställning till. Meningar som att barn föds med handikapp eller växer upp som handikappade bör vi slippa i Läkartidningen i fortsättningen. Barn föds och växer upp med skador