

Bröstcancer- screening sparar pengar

Avsikten med denna analys är att uppskatta de økonomiske konsekvenserna av brystcancer-screening, inte bara direkte kostnader. Utgangspunktene i Gävleborgs län (290 000 invånere). 1995 undersøkte ved sjukhusene i Gävle, Bollnäs og Hudiksvall 2 150 kvinner med mammografi efter remiss, normalt från primärvårdsläkare. Besøket anges kosta 800 kr. För mammografiundersökning interndeberitas 700 kr per patient. Båda summorna kan vara såväl över- som under-skattade men bedöms som skäliga.

1995 deltog 27 600 kvinnor i mammografiscreening. Via landstingets fyra hälso- og sjukvårdsnämnder ersattes verksamheten med 3,1 miljoner kr. Kvinnorna själva betalade genom egenavgifter 2,1 miljoner.

Två andra län, utan screening, har använts som jämförelse. Ett är Västerbottens län (225 000 invånare), där screening började 1995. Vid sjukhusene i Umeå, Skellefteå og Lycksele undersøkte 1994 efter remiss 6 200 kvinner med mammografi. Det andra är Gotland (57 000 invånare). På Visby lasarett undersøkte 1995 1 250 kvinner. Per 1 000 kvinner undersøkte i Gävleborg 7,4, på Gotland 21,9 og i Västerbotten 24,3. På Gotland skrevs 3,0, og i Västerbotten 3,3 gånger så många remisser som i Gävleborgs län.

I Gävleborgs län skulle de icke screenade länens remissfrekvens motsvara 7 000 patienter.

Det är rimligt att anta at en effekt på sikt av screening är reduktion av antalet remisser, i vårt fall med ca 5 000. Besparingen motsvarer 5 000 × 1 500 kr = 7 700 000 kr. Om kostnaden för både primärvårdsbesök og mammografiundersökning var endast 1 000 kr, skulle besparingen bli 5 miljoner.

En lägre gräns

Után screening finns inte möjlighet at märkbart påverka dødligheten i brystcancer. I en screeningsituation finns en lägre gräns för deltagandet under vilken verksamheten förlorar sin effekt. Var denna går är osäkert. En minskning av en dødligheten med 30 procent är baserat på deltagande mellan

KORRESPONDENS

Max 400 ord i korrespondensspalten!

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

Eftersom korrespondensspalterne är ett mått på läsarnes interesse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom at varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler og publicera snabbare.

Redaktionen förbeholder sig retten at rubricera og forkorta inlägg. För at påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren.

80 og 90 procent. I vårt län betyder det 10 till 12 liv per år. Det uppskattas, ännu preliminärt, at kostnaderna för vård av döende brystcancerpatienter är cirka en miljon. I vårt län betyder dette en besparing av 10 till 12 miljoner per år.

Det finns ingen möjlighet at beräkna i vilken omfangning tidig diagnos ved remissmammografier reddar liv.

Verkelig besparing

Mammografiscreening är enligt denna uppskattning en besparingsåtgärd av anseelig mått, eftersom den på sikt kraftigt minskar antalet og kostnaderna för remissundersøkingar. Man finner at besparingen i normallänet (3 procent av Sveriges befolkning) kan uppgå till över 5–7 miljoner kr per år. Därtill kan läggas uteblivna kostnader för död i brystcancer.

Anledningen til at screening sparar pengar är at det er en mycket kostnadseffektiv verksamhet, bygd på rationell tänkande og enkelhet. Remissmammografier är väsentligt mer arbeidskrävande på alle nivåer og därför også betydeligt dyrere.

Bengt Lundgren
chefsöverläkare,
mammografiavdelningen,
Länssjukhuset, Gävle

Selentoksitet

Margareta Brahme-Isgren og medarbeidere har publisert en interessant artikkel om bruk av selenitilskudd til barn med vekstsmerte i Läkartidningen [1]. Studien har vært kommen-

tert av Sten Jameson [2]. I tillegg til at selen inngår i fire glutationperoksidaser – type 1 5'-iodothyronine diodinase, selenoprotein P i plasma, selenoprotein i mitokondriemembranen i spermier (selenoprotein MCS) – er det nylig karakterisert et selenoprotein fra skjelettmuskel (selenoprotein W) [3, 4]. Man har spekulert på om sistnevnte protein kan være assosiert til selenmangelbetinget muskulær dystrofi («white muscular disease») hos kalver og sau (får).

Norden utgjør et lavselenområde, og i Sverige er inntaket spesielt lavt. I Finland bruker man gjødsel tilsatt selen og i Norge er hvete importert fra USA og Kanada en viktig selenkilde. Det er interessant at man får effekter av doser som vel må sies å ligge innenfor fysiologiske tilskudd slik at serumnivået av selen bringes opp på »norske nivå».

Alvorlig trykkfeil!

Det er imidlertid vel kjent at selen i høyere doser kan utløse toksiske symptomer fra hud, negler, lever og nervesystemet. I den første trykkede utgave av artikkelen (Läkartidningen) forekommer det en alvorlig trykkfeil der selendoser til barn i størrelsesorden 25–50 mg/døgn! omtales som ufarlige.

Det skal være 25–50 µg/døgn. Dette er korrigeret til 25–100 µg/døgn i den nye utgave av artikkelen. Også i den korrigererte versjonen påstås det fortsatt at den toksiske dosen for voksne på langtidsbehandling er 1 500 µg selen/døgn.

En nordisk arbeidsgruppe har nylig gjort vurderinger av flere sporelementer, der i blant

selen, med hensyn til risiko for ernæringsmessig mangel og for toksiske symptomer [3].

Klinisk selenose er rapportert fra 1 000 µg selen/døgn. Ved et gjennomsnittlig inntak på 1 300 µg/døgn vil prevalensen av selenose i en kinesisk populasjon være 1 %, mens tidlige biokemiske tegn på toksisitet vises i forlenget protrombintid (nedsatt proteinsyntese i lever) fra et inntak på 750–850 µg selen/døgn. Arbeidsgruppen har for voksne fastsatt 300 µg selen/døgn (dvs 4 µg/kg kroppsvekt hos en person på 70 kg) som et øvre inntak som ikke er assosiert med uheldige helseeffekter. Sammenliknet med et anbefalt inntak på 60–100 µg selen/døgn er imidlertid marginene mellom et anbefalt inntak og et inntak assosiert med toksisitet relativt små.

Avhengig av i hvilken form selen inntas, vil seleninntaket avspeiles i serum og urin. Spesifikk inkorporering av selen i selenoproteiner (som selenocystein) skjer opp til et nivå på ca 1,5 µmol/l serum. Utover dette vil selen, dersom det foreligger som selenometionin (f eks som i matplanter), inkorporeres spesifikt i proteiner i konkurranse med metionin, og inntaket vil avspeiles i serumnivå.

Inntak av selen som uorganiske salter og andre organiske former vil ikke i samme grad avspeiles i økte serumnivåer. Utskillelse i urin vil imidlertid i de fleste tilfeller avspeile et høyt inntak [3].

Toksiske effekter

Et inntak på 1 500 µg selen/døgn ved langtidsbehandling er alt for høyt. Risiko for toksiske effekter opptrer ved et lavere inntak av selen. Den nordiske arbeidsgruppen anser 300 µg/døgn over lang tid som et sikkert nivå.

Jan Alexander
overlege, dr miljømedisin,
Statens institutt for folkehelse, Oslo

Referenser

1. Brahme-Isgren M, Brandt Å, Waldenström J, Stenhammar L. Peroral selenterapi mot växtvårk hos barn. Läkartidningen, 1995; 92: 3706-8.
2. Jameson S. Fördjudad analys av selenstudie. Läkartidningen, 1995; 92: 4674-5.
3. Alexander J, Meltzer HM. Selenium. In: Oskarsson A ed. Risk evaluation of essential trace elements – essential versus toxic levels of intake. Nordic Council of Ministers,

Nord 1995: 18. Copenhagen 1995: 15-66.

4. Åkesson B. Selen. Biologiske funktioner og skydd mot olika sjukdom. Näringsforskning, 1995; 39: 27-32.

Specialist-kompetent bakjour bör utnyttjas

Bakgrunden till det yttrande som Socialstyrelsen gjort att läkare under utbildning ej bör vara självständiga jourer har väckt mycket upprördhet, bl a hos Johan Hallgren i Läkartidningen 17/96. Yttrandet skall inte tolkas som ett misstroende mot den enskilde AT-läkaren utan är ett uttryck för synen att det inte bör krävas av läkare under utbildning att självständigt handlägga svårt sjuka och skadade.

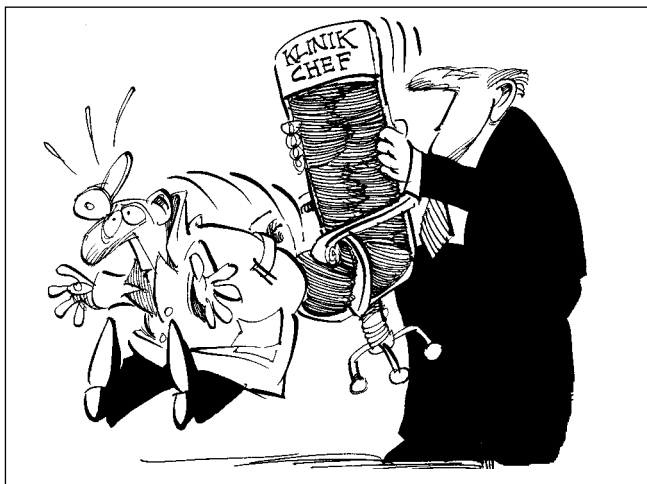
Under AT-tjänstgöringen och utbildningen är det självklart av stort värde att läkarna arbetar med jourfall, men poängen är att de inte ensamma skall behöva ställas inför den svåra situationen. Uppföljningar har visat att läkare under utbildning mindre ofta kallar på hjälp trots svåra sjukdomstillstånd även om bakjouren skulle befinna sig i omedelbar närhet. Det borde ligga i AT-läkarnas intresse att verka för att de får adekvat handledning under sin utbildning.

Nina Rehnqvist
överdirektör,
Socialstyrelsen

"Lojal" klinikchef åtnjuter inte allmänhetens förtroende

På min fråga om varför klinikchefer skall riskera att förlora sitt arbete om de utnyttjar rätten att via massmedierna vädja till allmänheten (Läkartidningen 22/96) svarade Anders Milton att klinikchefen liksom varje svensk medborgare naturligtvis har rätt att offentligt kritisera beslut som landstingspolitiker eller andra valda ombud fattar men att det någonstans finns en gräns för hur mycket man offentligt kan

KORRESPONDENS



En kritisk klinikchef sitter inte kvar?

motarbeta sin arbetsgivares djupt kända mening.

Milton kommenterade dock inte det som jag angav vara nyckelfrågan: Kan det någonsin vara legitimt för ett landsting att »förlora förtroendet för klinikchefen» enbart på grund av att denne, på sakliga grunder, upprepade gånger och offentligt kritiserat ett planerat eller fattat landstingsbeslut?

Jag har försökt visa att ett ja som svar på denna fråga är kortsynt och oacceptabelt, såväl från demokratisk som från facklig synpunkt, på sikt också från landstingets. En förtroendekris med allmänheten kan lätt segla upp om läkare i ledande ställning, av påtvingad »lojalitet», börjar tiga eller rentav försvara politiska beslut som de inte har saklig anledning att ställa sig bakom.

Känslosamma varelser?

Jag undrar om landstingen verkligen är så känslosamma varelser som Anders Milton tycks tro. Klinikcheferna står i varje fall inte på jämställd fot med dem. Det kritiserade landstingsbeslutet kan ha varit bra, t ex lett till besparingar utan nämnvärda skadeverkningar, och då kan man lätt demonstrera detta i efterhand. Att somliga landstingspolitiker tycker kritik är besvärlig, eller anser sig inte kunna stå emot tillfälliga och mindre väl motiverade opinionsstormar får under inga omständigheter legitimera munkavle på klinikchefer.

Alfred Szamosi
pensionerad överläkare,
docent, Stockholm

Nya blanketterna behöver inte motverka kvalitetsutveckling

Annika Brorssons insändare i Läkartidningen 19/96 om att den nya receptblanketten för särskilda läkemedel har konsekvenser för primärvården vill jag kommentera.

Läkemedelsverket noterar med tillfredsställelse utvecklingen av lokala förskrivningsregister som led i kvalitetsutveckling. Denna utveckling motverkas knappast av de nya receptblanketterna, eftersom ordinationen som sådan knappast är bunden till datorutskrift av ett recept. Om så är fallet är det ju ingenting som hindrar att läkaren makulerar receptutskriften avseende det läkemedel som ska förskrivas på den särskilda receptblanketten. Tills nya moduler för blanketten är utvecklade finns ju möjligheten att fylla i blanketten för hand, vilket majoriteten av den svenska läkarkåren klarar av att göra.

Björn Beermann
professor, Läkemedelsverket, Uppsala

Läkaren får inte sätta sig själv före patienten

Ett fåtal »fallbeskrivningar» där läkarens intresse satts före patientens har publicerats i

Läkartidningen genom åren. Två har särskilt fäst sig i mitt minne. Det ena fallet (10/86, sidan 861) gällde en person med ej behandlingsbar kräfttumör, som långsamt förträngde hans andningsvägar och som slutligen skulle komma att kväva honom. Han försökte begå självmord men »räddades» till sin kvävningssdöd av intensivvårdsläkare.

Det andra gällde en person som drabbades av tillfällig depression och ordinerades ett dåtida läkemedel som kunde ge uphov till svår, obotlig parkinsonism. Andra läkemedel fanns, men ansågs kunna ge beroende, och på något sådant ville behandlande läkare inte riskera sitt goda namn och rykte. Patienten drabbades av svårt invalidiserande parkinsonism, som inte gick att häva.

Ja, om ...

I Läkartidningen 17/96 beskriver Anne-Marie Boeck Gravgaard omvärldens syn på gamla och skröpliga, vilken inte torde vara särskilt vanlig. Hon ger en idealiserad bild av lång- och temrinalvårdspatienters dagar. (Barmhärtigt nog förlorar de flesta av dessa patienter begrepp om tid, vilket kunde ha framhållits.) På frågan om smärtlindring kan bli effektiv svarar hon »ja, om ...»; på frågan om den palliativa vården kommer att utvecklas, »ja, om ...»

Om inte »om» står i vägen.

Johan Frostegårds därpå följande artikel i samma nummer vill jag också kommentera. Frostegård undrar varför döden skall vara smärtfri när livet inte är smärtfritt. Tänk efter!

Jag skulle vilja fråga Frostegård: Finns det numera mätinstrument för smärta, inklusive justering för varierande smärtröskel, och vem avgör Frostegårds gradering »outhärdlig»? Är det vårdlaget och ytterst läkaren?

Patienter som själva har möjlighet att beröva sig livet brukar inte besvara doktorn med just detta problem. Inte så få torde gå händelserna i förväg av rädsla för den dag då de inte längre kan bestämma över sitt liv.

Ett inte ovanligt yttrande, här koncist formulerat före ett självmord är: »Jag är inte rädd för att dö, men för vad ni kan komma att göra med mig, innan jag får dö.»

Klart underkänt, eller hur?

Astrid Mandahl
leg läkare,
Frankrike