

Fler yngre kvinnor än män dör i lungcancer i Sverige

Lungcancer är en sjukdom som nästan uteslutande drabbar rökare [1]. Det förefaller som om frekvensen i åldersgruppen 20–44 år är den bästa och tidigaste epidemiologiska indikatorn på exponering för tobak [2]. En studie 1993 visade att i åldern 40–44 år var dödligheten i lungcancer lika stor för båda könen i Sverige vid slutet av 1980-talet [3]. Nu har Sverige blivit det förmodligen första landet i världen, i vilket lungcancer i åldersgruppen 20–44 år är vanligare hos kvinnor än hos män. Under tobaksrökningens historia har lungcancer traditionellt varit betydligt vanligare hos män i alla åldersgrupper.

Basen för vår analys är svensk vitalstatistik. Vi har utgått från WHO's Mortality Data Bank från 1995. Bedömning har gjorts av kvinnors och mäns dödlighet i lungcancer per 100 000 invånare i åldern 20–44 år under åren 1959–1992. Vidare har vi bedömt rökvanefrekvensen i olika åldrar, dels nationellt i Sverige [4], dels enligt Skaraborgsenkäten 1992 [5]. Den senare sändes till 13 600 länsbor i åldern 20–64 år om en rad olika hälso- och levnadsförhållanden.

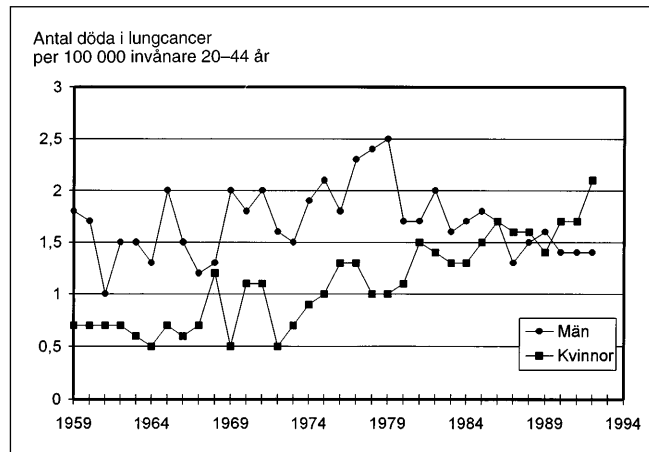
Färre män, fler kvinnor dör i lungcancer

Dödligheten i lungcancer bland män ökade något i åldersgruppen 20–44 år mellan 1959 och 1979. År 1979 uppnåddes den högsta nivån som observerats i Sverige i denna grupp, nämligen 2,5/100 000. Därefter har dödligheten minskat konstant och var 1992 1,4/100 000.

Dödligheten i lungcancer bland kvinnor 20–44 år var i början av 1960-talet distinkt lägre än för män, nämligen 0,6/100 000 respektive 1,8/100 000. Under hela observationsperioden visar dödligheten en konstant ökning för kvinnor. År 1992 var den 2,1/100 000, dvs högre än för män.

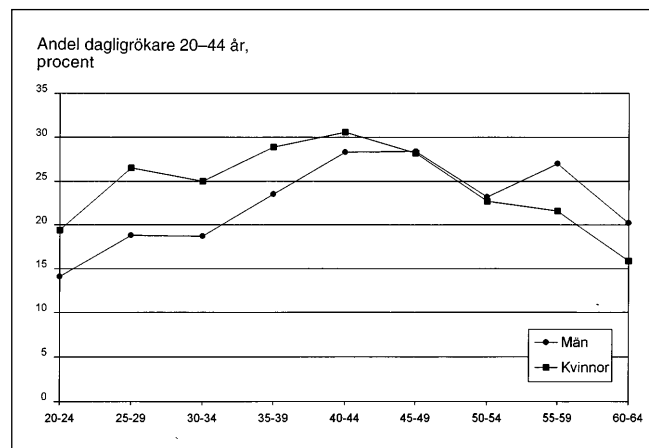
Fler unga kvinnor rökare

Andelen dagligrökare i Skaraborgsenkäten var i åldern 55–64 år klart högre bland män. I gruppen 45–54 år rökte lika många kvinnor som män,



Figur 1. Antal döda i lungcancer per 100 000 invånare i åldern 20–44 år i Sverige 1959–1992.

Figur 2. Andelen dagligrökare bland män och kvinnor i åldern 20–64 år i Skaraborgs län 1992.



medan kvinnor rökte betydligt mer än män i åldrarna från 20 till drygt 40 år. Detta stämmer väl med resultaten från nationella tobaksvanestudier.

En väckarklocka

För första gången i svensk historia har lungcancerfrekvensen nu visat sig vara högre för kvinnor än för män i gruppen 20–44 år. Lungcancer i denna ålder är den tidigaste och bästa indikatorn på exponering för tobak. Studiens resultat tyder på att risken för sjukdom och för tidig död som följd av rökning under de närmaste årtiondena kommer att vara högre för kvinnor än män. Den ökade risken följer väl rökvanornas utveckling hos kvinnor i Sverige. Den minskande rökningen hos män, framför andelen som aldrig har rökt, påverkar naturligtvis risken för lungcancer hos yngre män.

Våra fynd att lungcancer i

Sverige nu är vanligare bland kvinnor under 45 år än bland män i motsvarande ålder bör ses som en väckarklocka. Vi måste satsa på nya förebyggande metoder med kvinnor som målgrupp för att minska tobaksbruket!

Kristina Pellmer

forskningssekreterare

Bengt Wranner

överläkare; Skaraborgsinstitutet, sektionen för folkhälsovetenskap, Skövde

Witold Zatonski

professor, Marie Skłodowska-Curie Memorial Cancer Centre and Institute of Oncology, Warszawa

Referenser

1. Doll R, Peto R. The causes of cancer. Oxford: Oxford University press, 1981.
2. Peto R, Lopez A, Boreham J, Thun M, Heath Jr C. Mortality from smoking in developed

countries 1950–2000. Indirect estimates from national vital statistics. Oxford: Oxford University Press, 1994.

3. Qvist J. Dödsorsak: rökning. Vårldsbulletinen 1993:2. Stockholm: Statistiska centralbyrån, 1993.
4. Nordgren P. Tobaksvanornas utbredning i Sverige 1983–1992. Rapport från Tobaksprogrammet. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1994.
5. Pellmer K. Puzzlet om skaraborgarnas hälsa och levnadsförhållanden. Rapport 5 i skriftserie för Skaraborgsinstitutets sektion för folkhälsovetenskap, Skövde, 1994.

Lägg inte ner utan förbättra barnhälsovården – också för tänder

I Läkartidningen 19/96 ifrågasätter Göran Sjönell samtliga komponenter inom barnhälsovården (BHV), inklusive samarbetet mellan medicinsk och odontologisk barnhälsovård. Som barntandläkare har jag svårt att låta detta stå oemotsagt.

Tandhälsovårdsinformation till föräldrar med små barn skall dels ge en grundläggande information om tändernas frambrott, utveckling och lämpliga skötsel, dels ge råd om det enskilda barnet. Då samtal med föräldrarna eller inspektion av barnets mun visar att det finns karies eller risk för kariesutveckling skall familjen erbjudas lämplig åtgärd.

Den tidiga kontakten skall ge grund för ett förtroendefullt samarbete mellan barn, föräldrar och tandvårdspersonal. Även »friska» barn, dvs barn utan behov av tandutdragning eller lagning, behöver övervakning och råd om t ex sugvanor, olycksfallsskador och bettutveckling.

År 1967 hade 75 procent av 4-åringarna i Lund hål i mjölk-tänderna. Under deras småbarnsår förekom ingen odontologisk information till småbarnsföräldrar vid barnvårdscentralerna. Sådan verksamhet startade under senare delen av 1960-talet och Socialstyrelsen utfärdade anvisningar om den 1971 och 1978, och om tandhälsovård inom mödra- och barnhälsovård 1985. Samtidigt genomfördes ett omfattande hälsovårdsarbete på skolbarn,

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS

vilket radikalt förändrade tandhälsan.

»Riskbarn» i fokus

De kollektiva insatserna för skolbarn har numera trappats ner avsevärt. Vi väljer att arbeta främst med att söka »riskbarn» och intensifiera omhändertagandet av dessa, då vi nu har en generell mycket god tandhälsa hos stora grupper av barn och ungdomar. Även våra unga föräldrar har en god tandhälsa – så god att de själva kanske inte inser vikten av att sköta sitt barns tänder på rätt sätt. Någon måste tala om för dem att de skall borsta barnets tänder, hur och med vad, och vad tänder tål i fråga om dryck, nattmål, vid sjukdom, mediciner, »jobbiga» perioder etc. Således arbetar vi numera även inom småbarnstandvården med att hitta riskbarn, dvs de familjer som behöver mer stöd och uppmuntran än andra.

Den BHV-baserade verksamheten har hjälpt oss att minska antalet barn med karies och – kanske ännu viktigare – antalet »katastrofall», dvs barn med så omfattande karies-skador att flera tänder behöver extraheras i 2–3-årsåldern. Småbarn som tidigt utvecklar karies kommer senare att utveckla karies också under förskoleperioden, och barn med mjölkstandskaries visar större benägenhet att få karies i det permanenta bettet [1].

Invandrarbarn riskgrupp

Inom tandvården har vi nu fått in en stor »försöksgrupp» i detta avseende, nämligen våra invandrarbarn. Bland dem finns fler barn med karies än bland svenska jämnåriga, och i många fall är skadorna också mycket omfattande. Munhygienvaror saknas ofta. Vi behöver satsa på att dessa utsatta familjer får rätt hjälp i tid, innan skadorna blivit omfattande och dyrbar behandling behövs.

Alla föräldrar vill sina barns bästa. Vi kan bara påverka barnens tandhälsa genom att erbjuda ett samarbete, förälderns omhändertagande av barnet är viktigast. Detta är kostnadseffektivt, även i strikt ekonomisk mening [2].

Vårda att vårda från början!

Den främsta målgruppen för förebyggande vård anses nu vara barn under 1 år samt gruppen 1–3 år [3]. Det är av största vikt att inte lägga ner tandhälsövården för dessa grupper utan förbättra den för att nå dem som bäst behöver den.

KORRESPONDENS

100 000 nya barn om året får så småningom 2 miljoner mjölkttänder och 2,8 miljoner permanenta tänder. Visst är de värda att vårda från början!

Ulla Hallström
biträdande övertandläkare,
Tandvårdscentralen, Lund

Referenser

1. Grindefjord M. Prediction and development of dental caries in young preschool children. A prospective cohort study in southern Stockholm. Stockholm: Karolinska Institutet, ISBN: 91-628-1728-0. Thesis.
2. Wendt LK. On oral health in infants and toddlers. Göteborgs universitet, 1995. ISBN 91-628-1620-9. Thesis.

Slutreplik:

Mer selektiv insats krävs i barnhälsovård

Den intensiva debatt som har följt efter mitt inlägg om effektiviteten i svensk barnhälsovård [1] är glädjande men något betänklig. Det är tydligt att de flesta välkomnar en kritisk analys och diskussion av barnhälsovårdens metoder och dess tillämpningar. Stort utrymme har dock ägnats åt det som såväl inhemska som utländska »experter» är överens om, dvs systematisk övervakning av alla barn och screening av vissa viktiga sjukdomar.

Göran Aurelius betonar betydelsen av synkontroll, frekvent viktregistrering och Boel-test, medan Sven Bremberg framhåller utvecklings-screening och sköterskans roll [2, 3]. Trygve Årman är även han nöjd med viktmetningar samt MBD/DAMP-screening [4]. Lars Jerdén skriver att allt som görs i USA avseende barnens hälsa förvisso inte är det bästa men betonar att kostråd-givning för spädbarn på BVC i Sverige är av hög standard [5]. Dessa synpunkter är i stort sett desamma som jag anförde i inledningen till min artikel – om detta är vi sålunda överens. (Bengt Järhults inlägg ser jag som en fortsatt politisk vendetta mot mig, det bidrar knappast till att utveckla svensk barnhälsovård [6]).

Det betänkliga i debatten är bristen på svar på de frågor jag ställde, med ett undantag: det tycks – som Ulla Hallström påpekar i inlägget ovan – finnas nya belägg för att odontologisk expertis kan bidra med avgörande insatser för barnens tandhälsa.

Övriga frågor om kostsamma undersökningar och program som jag ifrågasatte; längd- och skallomfångsmätning, föräldrautbildningsgrupper, hörselkontroll av 4-åringar, läkarmedverkan vid 5,5 års-kontrollen m m samt behovet av många specialistkompetenser inom barnhälsovården, kommenteras endast sparsamt. Detta måste tolkas som ett utslag av osäkerhet och att det därmed föreligger ett stort behov av att dessa frågor granskas.

Granska kritiskt

I tider av stora neddragningar och prioriteringsproblem i svensk sjukvård måste all verksamhet ifrågasättas. Vi som tror på svensk barnhälsovård har ett särskilt ansvar för att kritiskt granska vår egen verksamhet. Så har vi alltid gjort, menar en del, men nu måste det nog ske med än större skärpa.

Barnhälsovårdens del av kakan måste försvaras, men den kan användas betydligt mer effektivt. Detta kan ske genom att en större andel (50 procent?) satsas selektivt och att det generella »nuttandet» med starka, friska barn i stabila familjer minskas väsentligt.

Göran Sjönell
med dr, Kvartersakuten
Matteus, Stockholm

Referenser

1. Sjönell G. Är barnhälsovården verkligen effektiv? Läkartidningen 1996; 93: 1008-11.
2. Aurelius G. Barnhälsovården ses över kontinuerligt. Läkartidningen 1996; 93: 1923-5.
3. Bremberg S. Barnhälsovården är effektiv – men fler studier behövs. Läkartidningen 1996; 93: 1925-6.
4. Jerdén L. En jämförelse ger ej stöd för besparingar i Sverige. Läkartidningen 1996; 93: 2406-7.
5. Årman T. Barnhälsovården är till för barnens bästa. Läkartidningen 1996; 93: 2405-6.
6. Järhult B. Ovetenskaplig kritik göder välfärdens dödgrävare. Läkartidningen 1996; 93: 2409.

Datorisering vid förskrivning av läkemedel ger mervärden

Förskrivning av läkemedel i primärvården lika väl som i öppen vård vid sjukhus är den vanligaste behandlingsåtgärden i sjukvården. Det är samtidigt riskabel aktivitet, vars dokumentation såväl i journaler som på receptblanketter behövs förbättras. Dessutom är det en kostsam verksamhet.

Att få tillgång till uppgifter om såväl priser i förskrivningsögonblicket som interaktionsrisker – kopplade till patientens kompletta, aktuella läkemedelslista – har visat sig vara möjligt genom att använda väl strukturerade datorjournalssystem. Det ger kvalitetsvinster och är något många arbetar för inom vården.

En datorjournal kan inte enbart vara pappersjournalen inlagd som fri text i ett dokument, kronologiskt ordnad [1]. Journalen som databassystem med såväl ATC-klassifikationen (generika och preparat) som sjukdoms- och åtgärds-klassifikationer m m inlagda som klartext rättfärdigar övergång från papper och penna till datorer för oss läkare, under förutsättning att rutiner inte behöver dubbleras.

Datoriseringens mervärden

Man måste kunna lita på sin journal, kunna använda den på ett för vårdarbetet rationellt sätt, och den måste innebära stöd för beslutsfattande. Datorisering av journalen måste ge dessa mervärden.

Att primärvården använder datorjournaler i stor utsträckning har uppenbarligen inte beaktats av Läkemedelsverket, som trots flera påstötningar av läkare inom primärvården inklusive Svensk förenings för allmänmedicin (SFAM) data- och klassifikationsgrupp, envisas med att bagatellisera kritiken mot de nya receptblanketterna (se Björn Beermanns korrespondensinlägg i Läkartidningen 23/96).

Att leva med otidsenliga, osäkra, olagliga (?) och kostsamma förskrivningsrutiner kan väl knappast ligga i Läkemedelsverkets intresse? Och vad säger Socialstyrelsen? Både av hänsyn till patientsäkerheten och av ekonomiska skäl är jag övertygad om att