

40–49 år vid start och därigenom i den gruppen bidragit till en observerad dödlighetsreduktion till följd av hälsokontrollerna.

Tabellen utgör en sammanställning av hittills publicerade resultat för åldersgruppen 40–49 år vid start, med inklusion respektive exklusion av de fall som diagnostiserats med bröstcancer efter 50-årsgränsen där en sådan uppdelning varit möjligt. Vi har utgått från senast publicerade data som baserar sig på en konsensuskonferens som hölls vid NCI, Bethesda, januari 1997 [1].

Tabellen visar att det finns två studier, från Göteborg [2] och Malmö [3], som visar en signifikant reduktion av bröstcancerdödligheten i åldersgruppen under 50 år vid randomisering. I båda fallen har kvinnor inkluderats som diagnostiserats med bröstcancer efter 50 års ålder och sedan avlidit. Om dessa fall exkluderas i analysen, vilket var möjligt att göra för Göteborgsstudien, blir resultatet icke-signifikant. Den kanske tyngst vägande studien, sammanslagningen av samtliga svenska randomiserade studier [4], visar ett tydligt icke-signifikant resultat om de fall uteslöts som diagnostiserades efter 50 års ålder.

Vi kan konkludera att om fallen av bröstcancer efter 50 års ålder utesluts från analyserna så finns det ingen hittills redovisad vetenskaplig studie som visar en statistiskt signifikant reduktion av dödligheten i åldersgruppen 40–49 år. Utifrån dessa data anser vi därför att det i dagsläget saknas vetenskaplig grund för Socialstyrelsens rekommendation om hälsokontroll med mammografi för kvinnor i åldrarna 40–49 år.

Referenser

1. National Institutes of Health Consensus Conference on Breast Cancer Screening for Women Ages 40-49. JNCI Journal of the National Cancer Institute 1997; 22: 1-156.
2. Bjurström N, Björnelid L, Duffy SW, Smith TC, Cahlin E, Erikson O et al. The Gothenburg breast cancer screening trial: Preliminary results on breast cancer mortality for women aged 39-49. JNCI Journal of the National Cancer Institute 1997; 22: 53-5.
3. Andersson I, Janzon L. Reduced breast cancer mortality in women under age 50: Updated results from the Malmö mammographic screening program. JNCI Journal of the National Cancer Institute 1997; 22: 63-7.
4. Larsson LG, Andersson I, Bjurström N, Fagerberg G, Frisell J, Tabár L et al. Updated overview of the Swedish randomized trials on breast cancer screening with mammography: Age group 40-49 at randomization. JNCI Journal of the National Cancer Institute 1997; 22: 57-61.

Replik:

Svår balansgång mellan nytta och skada

Socialstyrelsens Allmänna råd om Hälsoundersökningar med mammografi (SOSFS 1997:27) bygger på ett underlag från en expertgrupp representerande de berörda specialiteterna och med statistisk och epidemiologisk sakkunskap. Expertgruppen samverkade med en referensgrupp och koppling fanns till den grupp som på uppdrag av Riksföreningen mot cancer (Cancerfonden) sammanställde de svenska studierna [1].

Lenner och Jonssons synpunkter är relevanta men inte nya. I tabellen anges beräkningar av den relativa risken för kvinnor med diagnos före 50 års ålder (kolumn 6-7). Dessa bygger på författarnas egna approximationer. Frågan om ålder vid diagnos som underlag vid beräkning av resultat har varit föremål för internationell debatt bland annat av Sam Shapiro, HIP-studiens ansvarige, Tabar och medarbetare i en debatt med de Koning [2] samt av Bjurström och medarbetare [3]. Dessa synpunkter var också föremål för omsorgsfulla överväganden i expert- och referensgrupperna samt inom Socialstyrelsen.

Inte direkt jämförbara

Tre faktorer måste beaktas vid analys av de samlade resultaten. För det första är studierna inte direkt jämförbara. De omfattar var och en olika åldersgrupper av kvinnor, olika undersökningsintervaller och olika randomiseringsförfaranden. Endast de svenska är befolkningsbaserade med allmän inbjudan till mammografi som enda screeningåtgärd. Endast de svenska studierna kan därför tjäna som beslutsunderlag [1, 4].

För det andra är ingen av studierna upplagd för att besvara frågan om effekter i åldersintervallet 40 till 49 år. Den korrekta slutsatsen av WE-studien är att hälsoundersökning med mammografi minskar risken att avlida till följd av bröstcancer i åldrarna 40 till 74 år, av Malmöstudien i åldrarna 45 till 70 år, av Stockholmsstudien 39 till 59 år och av Göteborgsstudien 39 till 59 år. Resultaten har emellertid också utnyttjats för sekundära analyser för att illustrera effekten i olika åldersintervaller [3, 5] och ett av syftena med den svenska översikten var att med det samlade materialet

som bas skapa tillräckligt stort underlag för att tillåta uppdelning i åldersgrupper [1, 4, 6].

För det tredje innebär »lead time» att det är svårt att från de befintliga underlagen beräkna den effekt som efterfrågas i insändaren. Den skattning av relativa risken för kvinnor 40–49 år vid inbjudan och med bröstcancerdiagnos före 50 års ålder som redovisas i insändaren, är därför inte korrekt. Svårigheten är att om en kvinnas bröstcancer upptäcks i den inbjudna gruppen före 50 års ålder kan den i kontrollgruppen komma att upptäckas efter 50 års ålder även om canceren uppstod vid exakt samma ålder. Hur långt efter beror på hur mycket man med hälsoundersökningen tidigare lagt diagnosen. Om man vill jämföra kvinnor i åldern 40 till 49 år i den inbjudna gruppen med kvinnor 40 till 49 i kontrollgruppen och endast beakta fall diagnostiserade före 50 års ålder förutsätter man att ingen »lead time» föreligger. I så fall är all cancer-screening meningslös.

De vetenskapliga studierna visar att det är möjligt att med hälsoundersökning hitta asymtomatisk bröstcancer hos kvinnor i åldrarna 40 till 74 år. Det står också klart att detta ger större möjlighet till definitiv bot än om behandlingen inletts när tumören givit symptom. Den svåra frågan har varit hur stor nyttoeffekt som måste krävas för att väga upp de risker med strålning och överbehandling m m som kan uppstå. Detta har belysts av Ingvar Andersson [7] och har kommit till uttryck i rekommendationerna som har följande lydelse:

För kvinnor i åldersgruppen 40 till 49 år överväger de positiva effekterna av hälsoundersökningar, även om kunskaperna fortfarande delvis är ofullständiga om risker för biverkningar och överbehandling. – – Allmänna hälsoundersökningar med mammografi kan därför rekommenderas även för dessa kvinnor. Utformning och omfattning bör avgöras utifrån lokala förutsättningar.

I takt med att allt fler studier avrapporterat långtidsresultat har beslutsunderlagen blivit säkrare. Expertgruppen, referensgruppen, flertalet remissinstanser och slutligen Socialstyrelsen har därför funnit anledning hålla kvar vid

de tidigare rekommendationerna från 1986 att erbjuda kvinnor i åldern 40 till 74 år hälsundersökningar med mammografi.

För Socialstyrelsen

Nina Rehnqvist, överdirektör

I utarbetande av detta svar har expertgruppen deltagit. I expertgruppen har ingått Ingvar Andersson, Malmö, Nils Bjurstam, Trollhättan, Jan Frisell, Stockholm, Ingvar Karlberg, Socialstyrelsen, ordförande, Elisabet Lidbrink, Stockholm, Lennarth Nyström, Umeå, Lars Erik Rutqvist, Stockholm och Lázló Tabár, Falun. Referensgruppen har representerats av sin ordförande Ulrik Ringborg, Stockholm.

Referenser

1. Nyström L, Rutqvist LE, Wall S, Lindgren A, Lindqvist M, Rydén S et al Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. *Lancet* 1993, 341: 973-8.
2. Tabar L, Duffy SW, Chen HH. Quantitative interpretation of age-specific mortality reduction from the Swedish breast cancer screening trials. *J Natl Cancer Inst* 1996, 88: 52-5.
3. Bjurstam N, Björnelid L, Duffy SW, Smith TC, Cahlin E, Eriksson O et al. The Gotthenburg breast screening trial: first results on mortality, incidence, and mode of detection for women ages 39-49 years at randomization. *Cancer* 1997, 80: 2091-9.
4. Nyström L, Larsson LG, Wall S, Rutqvist LE, Andersson I, Bjurstam N et al. The overview of the Swedish randomised trials. The total mortality pattern and the representativity of the study cohorts. *J Med Screen* 1996, 3: 85-92.
5. Andersson I, Jansson L. Reduced breast cancer mortality in women under age 50: Updated results from the Malmö mammographic screening programme. *J Natl Cancer Inst Mono* 1997, 22: 63-8.
6. Larsson LG, Andersson I, Bjurstam N, Fagerberg G, Frisell J, Tabár L, Nyström L et al. Updated overview of the Swedish randomized trials on breast cancer screening with mammography: Age group 40-49 at randomization. *J Natl Cancer Inst Mono* 1997, 22: 57-62.
7. Andersson I. Utmärkta resultat av mammografiscreening. Ändå en balansgång mellan nytta-skada-kostnader. *Läkartidningen* 1998, 95: 2042-50.

Behöver Sverige akutmedicinare?

I Sverige bärs en stor del av primärjournsverksamheten av de minst erfarna läkarna. Ett sätt att lösa detta och andra kompetensproblem skulle kunna vara att även i vårt land inrätta en särskild specialitet för akutmedicin.

Två skilda system för läkarbemannning på akutmottagningar existerar internationellt. I Sverige och i ett antal andra länder bemannas akutmottagningarna av en eller flera jourlinjer, som beroende på sjukhusets storlek, omhändertar »medicinpatienter».

Vid de största sjukhusen finns i olika varianter separata primär- eller bakjournlinjer för infektion, geriatrik, neurologi, kardiologi och lungmedicin. Parallellt finns en eller flera jourlinjer som omhändertar »kirurgiska patienter». Inom denna sfär kan finnas separata jourlinjer för ortopedi, handkirurgi, urologi, neurokirurgi, brännskadevård och thoraxkirurgi.

Vid vissa akutmottagningar finns parallellt med denna organisation även en akutmottagning för primärvården.

Specialutbildad grupp

I ett flertal andra, framför allt anglosaxiska länder, sker däremot det primära omhändertagandet av specialister i akutmedicin. Denna specialitet, som ännu ej finns i Sverige, är specialutbildad för att kunna diagnostisera och akut omhänderta samt sortera den oselecterade patientgrupp som söker på akutmottagningen. Dessa specialister i akutmedicin omhändertar därför patienterna oberoende om de är »kirurg»- eller »medicin»-patienter.

Efter en bedömning, snabbt insatt terapi eller annat omhändertagande kontaktar därefter specialisten i akutmedicin en representant för den klinik som är adekvat för den vidare handläggningen av patienten. Dessa representanter för de olika klinikerna är oftast sjukhusbundna jourlinjer, men deltar vanligtvis ej i det primära omhändertagandet på akutmottagningen.

”Det skulle med lätthet efter ytterligare tjänstgöring på kirurgiska discipliner kunna gå att utveckla dessa ST-tjänster till en komplett specialitet i akutmedicin, som även omfattar handläggningen av ’kirurgpatienter’ på akutmottagningen.”

Flera kompetensproblem

Fördelen med systemet som finns i Sverige skulle kunna vara att alla patienter direkt på akutmottagningen handläggs av specialister i ämnesområdet. Det har dock i praktiken visat sig att en mycket stor del av primärjournsverksamheten uppbärs av de minst erfarna läkarna. I många fall träffar patienterna på akutmottagningen AT-läkare, vikarierande underläkare som meriterar sig för AT-block eller ST-tjänster eller randutbildande läkare med specialisttjänstgöring i andra discipliner.

På större sjukhus, med två eller fler primärjournlinjer, försöker man naturligtvis para ihop en oerfaren läkare med en mer erfaren kollega, men med det högt uppdrivna tempo som krävs vid dagens akutmottagningar finns tyvärr sällan tid för diskussioner mellan primärjournerna om handläggningen av patienterna.

På större sjukhus finns oftast en be-

Författare

LARS LIND

docent, överläkare

MATS-OLA MATTSSON

ST-läkare i akutmedicin

THOMAS OLSSON

ST-läkare i akutmedicin

URBAN SÄFVENBERG

ST-läkare i akutmedicin; samtliga vid medicinkliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala.