

Kolesterolmätning på varuhuset – jippo som väcker obefogad oro

WHO fastställde redan 1968 kriterier för när screeningundersökning skall anses vara meningsfull [1]. Massscreening av hyperkolesterolemi för att upptäcka patienter som riskerar att insjukna i hjärtinfarkt uppfyller inte flera av villkoren, t ex att ha tillräcklig sensitivitet och specificitet att förutsäga vem som kommer att insjukna.

En bieffekt av screeningundersökningar är att falskt positiva individer kan utsättas för obefogad oro och besvärliga och kostsamma kompletterande utredningar. Problemet har uppmärksammats vid falskt positiva mammografiundersökningar [2].

Ett rimligt krav är därför att det finns en organisation, som tar hand om resultaten av screeningundersökningar på ett professionellt sätt.

Dåligt genomtänkt

Mot denna bakgrund ter sig den undersökning som Lars A Carlsson och medarbetare redovisar i *Läkartidningen* 5/99 dåligt genomtänkt. Att de undersökta fick sina resultat bedömda av läkare ändrar inte på detta, då uppföljningen måste göras på lång sikt och kompletteras med en bedömning av individens hela riskbild. Gissningsvis blev individer med förhöjda värden

hänvisade till den primärvård som förutsatts ha obegränsade resurser att ta hand om problem som genereras av andra instanser i samhället.

Fenomenet är inte nytt för Sveriges allmänläkare. När det för några år sedan fanns en företagshälsovård som sökte sin identitet var det vanligt med olika former av hälsoundersökningar i företagshälsovårdens regi. Om patologiska blodtryck eller blodprov uppenbarade sig hade emellertid företagshälsovården sällan kapacitet att utreda och behandla, utan hänvisade i stället de nyblivna patienterna till primärvården. Enstaka allvarliga behandlingsskrävande sjukdomar torde därigenom ha upptäckts i tidigt skede, men vanligare var att det rörde sig om tillfälliga eller betydelselösa avvikelser från normalvärden. I Jämtlands län minskade företagshälsovårdens screeningundersökningar drastiskt efter en överenskommelse om att den som initierat en undersökning också ålades ansvaret att följa upp undersökningsresultaten.

Författarna försöker rättfärdiga undersökningen genom att göra en ytlig och delvis felaktig tolkning av de stora interventionsstudier som presenterats senaste åren:

– Att återropa en hälsoekonomisk analys av den sekundärpreventiva 4S-studien för att motivera en screeninganalys på ett oselektat patientmaterial är bedrägligt [3]. Hälsoekonomiska analyser av primärpreventiva studier av hyperkolesterolemi tyder på betydligt lägre kostnadseffektivitet [4, 5].

– Att med hänvisning till Läkemedelsverkets workshop om hyperlipidemi hävda att »...kolesterolvärden över 6,4 mmol/l omhändertas och att värden över 7,9 mmol/l kräver läkemedelsbehandling...» är direkt vilseledande.

– Ur epidemiologisk synvinkel kan inga som helst slutsatser om prevalensen av hyperkolesterolemi dras av undersökningen, eftersom populationen – som författarna påpekar – är selekterad.

Sjukvården behöver förbättra sina metoder för såväl primär- som sekundärprevention av hjärt- och kärlsjukdomar. Lokala vårdprogram behöver implementeras där de nationella riktlinjer för kranskärlssjukvård, som 1998 publicerats av Socialstyrelsen bör vara vägledande.

Läkemedelsverket och dess norska motsvarighet har nyligen hållit en workshop om hyperlipidemi, där nya behandlingsrekommendationer, kommer att publiceras under 1999.

Jippon av den typ som genomfördes vid Åhléns varuhus riskerar att dra vanrykte över detta viktiga arbete genom att väcka obefogad oro hos friska individer och frustration hos en allmänläkarkår som har svårt att hinna med mer angelägna patientgrupper.

Jan Håkansson

distriktsläkare, Krokoms hälso-central, medlem i Svensk förening för allmänmedicins (SFAMs) läkemedelsråd

Referenser

1. Whitby LG. Definitions and criteria in screening for disease. Geneva: WHO, 1968.
2. Olsson P, Armelius K, Lenner P, Westman G. Mammografiscreening. En pilotstudie på de psykologiska effekterna. *Läkartidningen* 1993; 90: 3213-7.
3. Jönsson B, Johannesson M, Olsson AG. Kolesterolsänkning är kostnadseffektivt. *Läkartidningen* 1997; 94: 4931-4.
4. Pharoah PD, Hollingworth W. Cost effec-

och tolererats väl i samtliga europeiska regioner endemiska för TBE.

Sedan lanseringen 1991 har inte något fall av bristande effekt inrapporterats till Chiron Behring, dvs fästingburen encephalitis trots vaccination med Encepur. Internationellt sett har Encepur sålunda av vaccinerande läkare bedömts vara ett effektivt och säkert vaccin.

I väntan på registrering av Encepur i Sverige skickade Chiron Behring ut all information om effekt och säkerhet som fanns tillgänglig vid tidpunkten, inklusive data på stabilisatorn polygelin.

Mycket få fall av allergiska reaktioner har anmälts i Tyskland. Ungefär hälften av patienterna hade en allergisk bakgrund. Av detta drog vi slutsatsen att sensibilisering mot stabilisatorn polygelin var ansvarig i dessa fall.

Våra data tyder på att risken för en allergisk reaktion kan reduceras signifi-

kant om de patienter som bevisat har underliggande atopiska tillstånd exkluderas från vaccination. Efter undersökning av dessa fall och efter diskussion med tyska Paul-Ehrlich Institutet bifogade vi speciella varningar i bipacksedeln för patienter med allergisk disposition och informerade samtliga berörda europeiska myndigheter om dessa förändringar. I Tyskland rekommenderas en observationsperiod på 60 minuter efter vaccination.

Encepur är ett högpotent TBE-vaccin med obestriddlig effekt och väldokumenterad biverkningsprofil. Den mycket sällsynta risken för allergiska reaktioner finns beskriven i bipacksedeln.

Renald Hennig

MD, Head of Pharmacovigilance

Dieter Gniel

Marketing International/

Product Manager,

Chiron Behring GmbH & Co

Replik:

To screen or not to screen?

Vår pilotstudie »Kolesterol en dag på varuhuset» utförd för att testa genomförbarhet av och intresse för en kolesteroltest »på gatan» kommenteras av Jan Håkansson. Han hänvisar inledningsvis till en WHO-referens om screening från 1968.

Mycket har dock hänt på 30 år och vår referens till Läke-medelsverkets synpunkter från 1996 beträffande nivåer på kolesterol är mer aktuell och ej »vilseledande».

Håkanssons personliga synpunkter på screening som tar upp mer än halva kommentaren får stå för honom själv, liksom hans synpunkter på »... frustration hos en allmänläkarkår...».

Däremot några andra synpunkter på kommentarens sista mening.

1. »Jippon av den typ som genomfördes vid Ahléns varuhus riskerar att dra vanrykte över detta viktiga arbete... (syftar på Läke-medelsverkets workshop om hyperlipidemi)». Inget vanrykte här! Tvärtom visar vår studie att såväl den tillgängliga allmänheten en söndag på varuhuset som reportagen i dagspressen förstått budskapet från läke-medelsverket. Jag kan också nämna att vi 1998 haft diskussioner på Läke-medelsverket både om denna och om vår under det kommande *Kolesterolåret* planerade kolesterolscreening, varvid ett positivt intresse framkom.

2. »...väcka obefogad oro hos friska individer...». Vår upplevelse av alla personer vi screenade var en mycket stor tacksamhet antingen värdet var normalt eller ej. Jag har svårt att tänka mig att de två med nyupptäckta kolesterolvärden på runt 10 mmol/l som frivilligt »jippostestade» sig kan känna annat än tacksamhet då behandlingen är enkel, effektiv och kan förlänga livet. Vidare hade flera av de testade haft infarkt och var tacksamma att få nyheten om höga riskvärden som lätt skulle kunna åtgärdas.

Värdet av screening diskuteras i olika sammanhang, t ex PSA-test för prostatacancer.

Många urologer tycks dock vara tveksamma dels på grund av osäkerheten av provets (o)specifika betydelse, dels på grund av möjliga negativa effekter av operation. När det emellertid gäller kolesterolscreening vet vi idag dels att höga värden betyder ökad risk för bl a hjärtinfarkt, dels att en enkel be-

handling finns som avsevärt minskar denna risk.

Vår pilotstudie var »dåligt genomtänkt» enligt kommentaren. Då resultaten beträffande både genomförbarhet och intresse var goda stimuleras vi till »The same procedure next year».

Lars A Carlson
professor emeritus,
Konung Gustaf V:s
forskningsinstitut, Stockholm

Kritiken mot kranskärlsstudie gäller metodiken

I en kommentar i Läkartidningen 11/99 till vår medicinska kommentar i Läkartidningen 7/99 anser Werkö och Brorsson att det bland kardiologer och toraxkirurger »finns en negativ attityd till granskning». Ingenting kan vara mer felaktigt. Vi har alla kontinuerlig databaserad uppföljning av vår verksamhet och deltar i befintliga nationella kvalitetsregister. I Linköping har vi dessutom låtit utsätta oss för flera externa medicinska revisioner, senast i samband med Utmärkelsen Svensk Kvalitet. Vad vi kräver, om vår verksamhet granskas, är att granskningen sker med acceptabel metodik. RAND-metoden uppfyller inte detta krav.

Alla som arbetar aktivt inom kranskärslsjukvården vet att de allra flesta patienter som utreds med koronarangiografi är handikappade av angina eller har tecken på allvarlig myokardischemi. Annars skulle de ju inte ha re-

mitterats till undersökning. Alla vet också att risken vid PTCA numera är låg (räknas i promille) och att symptomlindringen är avsevärd, särskilt vid instabil kranskärslsjukdom.

Att 38 procent av de PTCA som utförs i vårt land skulle sakna indikation för ingreppet, »vara onödiga», och att indikationen är »tveksam» i ytterligare 30 procent, alltså sammanlagt 68 procent, ter sig för oss orimligt. För att konstatera detta behövs ingen komplicerad vetenskap. Det förstår nog var och en att det är något som inte stämmer.

För vår del avslutar vi härmed diskussionen och ser fram emot att få ta del av övriga intressanta data som studien säkert genererar.

Ulf Berglund
överläkare,
Christian Olin
överläkare, professor,
Hjärtcentrum, Linköping

Max 400 ord i korrespondenspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord – vilket motsvarar 2 700 tecken plus högst fem referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondenspalterna 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. Ange dock alltid titel, adress och telefonnummer där vi kan nå skribenten. Kontakta redaktionen innan manus sänds med e-post.

tiveness of lowering cholesterol concentration with statins in patients with and without pre-existing coronary heart disease. *BMJ* 1996; 312: 1443-8.

5. Caro J, Klittich W, McGuire A, Ford I, Norrie J, Petit D et al for the West of Scotland Coronary Prevention Study Group. The West of Scotland coronary prevention study: economic benefit analysis of primary prevention with pravastatin. *BMJ* 1997; 315: 1577-82.