

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 kranskärslssjukvården 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.