

## Screening för cervixcancer – en framgångsrik verksamhet som behöver förbättras

**Peter Bistoletti riktar bred kritik mot cervixcancerscreeningen i Sverige (Läkartidningen 32–33/00, sidorna 3506–8). Många svagheter och svårigheter finns i denna föga uppmärksammade verksamhet, men Bistoletti skjuter långt över målet.**

Trots sin ofullkomlighet har gynekologisk cellprovskontroll varit en mycket framgångsrik verksamhet sedan dess gradvisa introduktion i början av 1960-talet. En av de vanligast förekommande tumörsjukdomarna hos kvinnor har kraftigt reducerats i incidens.

Reduktionen har framför allt skett i de relativt unga åldrar där cervixcancer tidigare var vanligast. De fall av invasiv cancer som idag diagnostiseras, upptäcks oftare i tidigt, symtomfritt och botbart stadium tack vare screening. Mortaliteten i cervixcancer är idag 40 procent av vad den var 1960 [1].

### Randomiserade studier

Peter Bistoletti (PB) efterlyser randomiserade kontrollerade studier för att visa screeningens effektivitet. Sådana har förvisso aldrig genomförts. Just tack vare att screeningens förtjänster är välkända och väldokumenterade är randomiserade studier sedan länge omöjliga att genomföra inte minst av etiska skäl.

Bevisen, som är övertygande, har i

### Författare

**BENGT ANDRÆ**

ordförande i HARG (Arbets- och referensgruppen för gynekologisk hälsokontroll inom Svensk förening för obstetrik och gynekologi), överläkare vid kvinnokliniken, Länsjukhuset Gävle–Sandviken  
bengt.andrae@lg.se

**BJÖRN STRANDER**

sekreterare i HARG, överläkare vid kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/gynekologmot-tagningen, Mölnlycke.  
bjorn.strander@vregion.se

stället fått sökas i studier av olika men jämförbara populationer där screeningverksamhet har varierat, samt i samma population före och efter introduktionen av screening [1–3]. 1990-talets erfarenheter av introduktion av organiserade screeningprogram i Norge och Storbritannien stärker dessa slutsatser [4].

### Förvånande om effekter

PBs påstående att inga effekter ska ha noterats av cervixscreeningen under de senaste 20 åren är högst förvånande. Detta skulle vara sant om incidensen av cervixcancer skulle ha återgått till 1950-talets nivå. Så är naturligtvis inte fallet.

Om han i stället menar att ytterligare förbättringar inte skett efter initiala framgångar så är inte heller detta korrekt. Incidensen har sjunkit med 40 procent under den senaste 20-årsperioden (1971–1975 jämfört med 1991–1995) [5].

Denna fortsatta incidenssänkning kan ha bromsats upp under 1990-talet [5], vilket ställer berättigade frågor om hur screeningen nu ytterligare kan effektiviseras.

### Näst vanligast maligna tumören bland kvinnor

Cervixcancer är i världsmåttstock den näst vanligaste maligna tumören hos kvinnor. Att den, *tack vare screening*, blivit relativt ovanlig i Sverige kan naturligtvis inte användas som argument mot screening av cervixcancer. En effektivare screening, som både vi och PB eftersträvar, har ju bland annat som syfte att göra cervixcancer till en ännu mer ovanlig diagnos.

Att PB, med stöd av en referens från 1984, hävdar att det inte finns konsensus bland gynekologer om hur cellförändringar skall utredas och behandlas, ställer vi oss också frågande inför. 1997 publicerade HARG – SFOGs (Svensk förening för obstetrik och gynekologi) arbets- och referensgrupp för förebyggande gynekologisk hälsokontroll – en rapport med riktlinjer för just diagnos, behandling och kontroll av cellförändringar [6].

Även om denna ger ett visst utrymme för lokala variationer i vårdprogram,

*”... vi måste hålla reda på vilka som deltagit i screeningen och hur länge, om tveksamma prov är optimalt utredda och om behandlade lesioner är uppföljda. Historiken bakom inträffade cancerfall måste analyseras, och användningen av ny teknologi utvärderas. Allmänheten måste få information så att man inte skrämmer bort dem som behöver komma ...”*

och sådana finns, har vi inte uppfattat några meningsskiljaktigheter i huvudragen.

### Pekar på brister

Peter Bistoletti pekar också på väsentliga brister i den svenska screeningverksamhetens organisation, kvalitets-säkring, över- och underbehandling, med mera – och där vi är mer överens.

### Några problem och möjligheter

Screeningprogrammen måste ses som en dynamisk helhet som kräver aktiv monitorering [1, 7]. Så kallad intervallcancer visar sig ofta nog ha en historik av tveksamma prov och förekomsten av avancerade cancerfall är koncentrerad till gruppen av äldre kvinnor som av olika anledningar inte deltagit i avsedd utsträckning [8–10]. Här finns utrymme för riktad sekundär screening och nya metoder för utredning och uppföljning. Däremot bör den kostsamma överprovtagning hos lågriskgrupper som ännu förekommer utanför rekommendationerna i Sverige kunna reduceras.

Svensk datoriserad screening kom igång tidigt, men varje landsting är hu-

vudman och systemen har utvecklats och organiserats väldigt olika. Decentraliseringen har i nedskärningstider medfört att landstingen gärna kör på i gamla spår som börjar bli slitna på sina håll.

Primärvårdens barnmorskor tar proven men deltar inte i den vidare handläggningen, och får ofta inte heller information om denna. Cytopatologerna har oftast hand om databaserna som uppdateras inom budget på billigaste sätt utan att man tar till vara deras möjligheter till överblick vid behandlingskontroll och klinisk uppföljning.

Samordningen har på många håll varit bristfällig mellan primärvård, cytopatologer, gynekologer, gyn-onkologer och datafolk. Det går diken mellan landstingen och mellan de kliniskt verksamma och de som forskar i virologi, genetik och epidemiologi.

## Vaga definitioner och otydliga befogenheter

De nationella råd som utfärdas tillämpas ofta mekaniskt, och bara i några få landsting har man analyserat sin cancersjuklighet i förhållande till effekten av det egna screeningprogrammet. Ansvar uti i landstingen är ofta vagt definierat med otydliga befogenheter.

De ansvariga för screeningprogrammen har ganska sällan deltagit i internationella kongresser och möten om screeningproblematik. Nationella myndigheter/organisationer som Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Socialdepartementet har inte hört samman tidigare förslag om nationell samordning och kvalitetssäkring av verksamheten.

## Verktyg finns – putsning behövs

Vi håller därför med Peter Bistoletti om att det är hög tid att se över organisation och innehåll, och vi är eniga med honom i de förslag till förbättringar han redovisar.

Vi hyser dock gott hopp eftersom det i Sverige finns goda verktyg bara de putas upp och samordnas. Här finns innehållsrika databaser som kan utnyttjas bättre. Här finns aktiv forskning om humant papillomvirus (HPV), genetik, epidemiologi och beteendevetenskap, många goda krafter finns utspridda i landet och det finns mycket att lära från andra länder. Onkologiska centra engagerar sig alltmer.

## Seminarium om förebyggande

Vad vi än vill göra i framtiden måste vi hålla reda på vilka som deltagit i

screeningen och hur länge, om tveksamma prov är optimalt utredda och om behandlade lesioner är uppföljda. Historiken bakom inträffade cancerfall måste analyseras, och användningen av ny teknologi utvärderas. Allmänheten måste få information så att man inte skrämmer bort dem som behöver komma. Det här kräver stor flexibilitet i organisationen.

HARG har därför utlyst ett seminarium om förebyggande av cervixcancer på Läkaresällskapet i Stockholm den 13 oktober 2000 kl 10–16. Avsikten är att inventera problematiken och skapa ett nätverk mellan dem som är aktiva inom forskning och screeningprogram. Intresserade inbjuds att anmäla sig till undertecknad på e-postadressen: [bengt.andrae@lg.se](mailto:bengt.andrae@lg.se)

Det kommer också ett symposium om HPV-screening på Riksstämman i Göteborg den 1 december.

## Referenser

1. Socialstyrelsen. Gynekologisk cellprovskontroll. Förslag till screeningprogram. SoS-rapport 1998:15. Stockholm: Socialstyrelsen, 1998.
2. Miller AB, Chamberlain J, Day NE, Hakama M, Prorok PC. Report on working of the UICC (International Union Against Cancer) project on evaluation of screening for cancer. *Int J Cancer* 1990; 46:761-9.
3. Sigurdsson K The value of screening as an approach to cervical cancer control. Göteborg: The Nordic School of Public Health 1999. NHV Report 1999/4:33.
4. Sasieni P, Adams J. Effects of screening on cervical cancer mortality in England and Wales: analysis of trends with an age period cohort model. *BMJ* 1999; 318: 1244-5.
5. The Swedish Cancer Registry. Cancer Incidence in Sweden 1958–1998. Stockholm: Socialstyrelsen, 1960–2000.
6. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi: Att förebygga cervixcancer samt vaginal- och vulvacancer. Riktlinjer för diagnos, behandling och kontroll av intraepitelial neoplasi och papillomvirusinfektioner i cervix, vagina och vulva. Stockholm: SFOG, 1997. ARG-rapport nr 35, 1997.
7. Monsonego J, ed. Cervical cancer control. Joint international meeting. General statements and Guidelines. Paris: EUROGIN Sci publ, 1997: 18-9.
8. Andrae B, Smith P. Clinical impact of quality assurance in an organized cervical screening program. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78: 429-35.
9. Kenter GG, Schoonderwald EM, Koelma IA, Arentz N, Hermans J, Fleuren GJ. The cytological screening history of 469 patients with squamous cell carcinoma of the cervix uteri; does interval carcinoma exist? *Acta Obstet Gynaecol Scand* 1996; 74: 400-3.
10. Andersson-Ellstrom A, Seidal T, Grannas M, Hagmar B. The pap-smear history of women with invasive cervical squamous carcinoma. A case-control study from Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79: 221-6.

## Behöver Sverige akutmedicinare?

Ja, men på våra villkor

**Den 7–8 oktober 1999 samlades cirka 150 läkare från större delen av Sverige till »Första svenska mötet i akutmedicin» i Uppsala. Syftet med mötet var att dels diskutera behovet av och den eventuella utbildningen för speciella akutmedicinare, dels att diskutera hur vi skall organisera intagnings-/akutvårdsavdelningar i Sverige.**

Framför allt i anglosaxiska länder finns sedan ett par decennier tillbaka en specialitet som kallas emergency medicine. Läkare med denna specialistkompetens handlägger majoriteten av de patienter som söker på akutmottagningarna. Dessa läkare har i allmänhet ingen annan grundspecialitet. I de flesta fall finns då separata jourlinjer i kirurgi och medicin/kardiologi som handlägger inneliggande patienter på sjukhuset. Akutläkarna har oftast inläggningsrätt på sjukhusets avdelningar.

Erfarenheten från framför allt USA är att dessa akutläkare är välbetalda, arbetar långa arbetspass på akutmottagningen, snabbt blir utbrända samt avbryter sin bana som akutmedicinare. Det råder därför en bred enighet bland akutmedicinskt intresserade läkare i Sverige att inte okritiskt anamma den anglosaxiska modellen.

## Hur ska vi utforma tjänsterna?

En lämplig utgångspunkt för denna diskussion bör vara att en akutmedicinare inte skall jobba mer än cirka halv-

## Författare

LARS LIND

docent, överläkare  
[lars.lind@medsci.uu.se](mailto:lars.lind@medsci.uu.se)

ANDREAS TERÉNT

docent, överläkare; båda vid sektionen för akut- och invärtesmedicin, medicencentrum, Akademiska sjukhuset, Uppsala.