



Kollage: Ewa Knutsson

Dalarna har hög fetmafrekvens, lägst operationsfrekvens och minimal väntelista medan Stockholm har landets lägsta fetmaprevalens, näst högsta operationsfrekvens och lång operationskö.

obesitaskirurgi som tidigare utarbetats framkommer det att cirka 10 000 patienter årligen måste opereras under 10 års tid om vi ska kunna behandla merparten av de patienter som redan är obesa.

Cirka 20–30 procent av de patienter som genomgått fetmakirurgi är i starkt behov av plastikkirurgi på grund av kraftiga hudöverskott, som leder till stora problem och kraftigt nedsatt livskvalitet. Denna aspekt av fetmakirurgisk behandling, som görs av plastikkirurger, glöms ofta bort och är en bristresurs.

**Eftersom resurserna inte** kommer att räcka till all denna fetmakirurgiska behandling återstår endast att prioritera de patienter som ligger sämst till i termer av risk och nedsatt livskvalitet. Emellertid låser nuvarande system med fastställda indikationer och vårdgaranti in den möjligheten och omöjliggör ett prioriteringsförfarande.

Valfrihetsalternativet innebär att patienten själv tar kontakt med en extern

opererande enhet och automatiskt får betalningsförbindelse från det egna landstinget. Detta system blir förödande för hemlandstingets ekonomi när volymen blir mycket stor och motsvarande besparing måste göras inom den egna kirurgiska basstrukturen med sjukhus som också ska tillhandahålla imperativ akut kirurgisk vård.

Vi föreslår att man snarast tar fram ett nationellt handlingsprogram för obesitaskirurgi. Ett sådant program bör utformas av en multidisciplinär arbetsgrupp som måste hantera de faktiska förhållanden som vi hartagit upp i detta debattinlägg.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**REFERENSER**

1. Öppna jämförelser 2009. Folkhälsa. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2009. p. 88-91.
2. Närlid M. Danderyd utför var tionde fetmaoperation. Läkartidningen. 2009;106:3138-40.

**APROPÅ! Mammografiscreening**

# Informerat samtycke – även i Sverige?

■ Under hösten har det förts en debatt i Läkartidningen angående vinster och skador av mammografiscreening [1, 2]. Nya rön och slutsatser angående mammografiscreening, redovisade i internationellt ansedda medicinska tidskrifter såsom JAMA [3], Lancet [4] och BMJ [5], understryker behovet av att kvinnor som kallas till mammografiscreening får en saklig och fullödig information. I England har man därför beslutat om en revision av det informationsblad som tillhandahålls av deras Cancer Screening Programme [4].

**Informationen i Sverige** är i dagsläget mycket bristfällig, då kvinnor i stort sett bara informeras om att screeningen räddar liv, med siffror som dessutom ter sig överdrivna sett mot bakgrund av slutsatserna i bland annat JAMA-artikeln [3]. När det gäller skador nämns i kallelserna, så långt jag känner till och

har egen erfarenhet av, bara att det kan göra lite ont, vilket jag själv alltid upplevt som en förödmjukande information – som om den kortvariga smärta det handlar om vore en så stor sak för vuxna människor, om det faktiskt handlar om att rädda liv.

**De mycket allvarligare** skadeverkningarna, som risken för »falskt larm«, med de psykiska och sociala skador det kan leda till och den stora risken för överdiagnostik, och därmed fler och mer omfattande ingrepp, inte färre, har jag aldrig sett nämnas.

Enligt artikeln i JAMA innebär dessa att för varje räddat liv i åldrarna 50–70 år måste 838 kvinnor genomgå screening under sex år, vilket genererar tusentals screeningundersökningar, hundratals biopsier och många fullskaliga cancerbehandlingar [3].

**Hur ser Socialstyrelsen,** Läkarförbundet och Svenska

Läkarsällskapet på denna brist på saklig och uttömmande information till kvinnor i Sverige? Är den förenlig med gällande etiska regler om informerat samtycke? Den kan då jämföras med den information som ges till män inför ett eventuellt PSA-prov, där för- och nackdelar nog redovisas (se till exempel Socialstyrelsens webbplats).

**Jag menar** att Socialstyrelsen och Läkarförbundets etiska råd bör granska den information som ges till kvinnor i Sverige som kallas till mammografiscreening. Läkarförbundet bör vidare arbeta för att kvinnor i Sverige får saklig och fyllig information om fördelar och nackdelar med undersökningen, så att de själva kan fatta väl grundade beslut om sin egen hälsa.

**Som man skriver i Lancet:** »Before becoming a patient, a healthy individual deserves fully informed consent, with

information provided at the individual and populational level« [4].

Noggrant övervägd information, även på svenska, finns att tillgå via Nordiska Cochranecentret (<http://www.cochrane.dk/>) och borde kunna utgöra ett underlag för utarbetande av väl avvägd information också i Sverige.

**Annika Forssén**

docent, distriktsläkare, Luleå  
annika.forssen@nll.se

**REFERENSER**

1. Törnberg S, Nyström L. Skrämselpropaganda om mammografi. Läkartidningen. 2009;106:2664-5.
2. Göttsche P, Jørgensen KJ. Årlig information om mammografiscreening, tack! Läkartidningen. 2009;106:2860-1.
3. Esserman L, Shieh Y, Thompson I. Rethinking screening for breast and prostate cancer. JAMA. 2009; 302:1685-92.
4. The trouble with screening. Lancet. 2009;373:1223.
5. Overdiagnosis and mammography screening. The question is no longer whether, but how often, it occurs. BMJ. 2009;339:b1425.