

Ökad cancerrisk för långa kvinnor

Långa kvinnor löper ökad risk att drabbas av cancer. Det visar en studie som presenteras i *Lancet Oncology*.

Undersökningen bygger på data från 1297124 medelålders kvinnor (genomsnittsalder 56 år) från Storbritannien som inte haft cancer då studien påbörjades. Dessa följdes under i genomsnitt 9,4 år, och totalt omfattar studien data från 11,7 miljoner personår. Under perioden noterades 97376 fall av cancer.

Författarna har haft tillgång till uppgifter om bland annat deltagarnas längd, som i genomsnitt var 160 cm. När man undersökte en eventuell koppling mellan längd och cancerrisk noterades att den sammanlagda risken för malignitet var ökad med 16 procent för varje längdökning med 10 cm (4 inches) hos kvinnor ≥ 152 cm (5 feet).

Man delade även in kvinnorna i grupper efter längd och noterade att kvinnor i den längsta gruppen (över 175 cm) löpte 37 procent ökad risk för cancer (95 procents konfidensintervall, CI, 1,33–1,42) jämfört med kvinnor i den lägsta gruppen (under 152 cm).

Resultaten står sig efter justering för bla BMI, fysisk aktivitet och socioekonomisk status. Dock noterades att bland kvinnor som rökte var lång kroppslängd inte förknippad med ökad risk för can-

cer – denna risk var i stället lägre bland långa rökande kvinnor än bland korta rökare.

Om man tittar på enskilda malignitetsformer noterades den tydligaste kopplingen mellan längd och cancer för malignt melanom, njurcancer och leukemi. För malignt melanom var 10 cm ökad längd förknippad med 32 procents ökad risk för sjukdomen (relativ risk, RR, 1,32; 95 procents CI 1,24–1,40). För njurcancer och leukemi var risken ökad med 29 respektive 26 procent. Även för cancer i bland annat kolon, rektum, bröst, ovarium och CNS noterades en koppling mellan längd och ökad malignitetsrisk men inte lika kraftig som för malignt melanom, njurcancer och leukemi.

Vad kopplingen mellan längd och ökad risk för cancer beror på återstår att utreda. En möjlighet är att hormonella faktorer spelar in. En annan potentiellt bidragande förklaring är att långa individer överlag har fler celler, vilket statistiskt sett innebär att risken för mutationer ökar.

I en kommentar till artikeln understryks att riskökningen som noterats är av så pass begränsad grad att det inte finns anledning till oro för långa kvinnor. Livsstilsfaktorer som kost, fysisk



Foto: SPL/IBL

Längden har betydelse i cancersammanhang även om livsstilen väger tyngre.

aktivitet och rökning påverkar risken för cancer i betydligt större utsträckning än längden.

Anders Hansen

leg läkare, frilansjournalist

Green J, et al. *Lancet Oncol*. 2011;12:785-94.
doi:10.1016/S1470-2045(11)70154-1

Bonusutdelning i brittisk primärvård gav blandad effekt

Införandet av bonusar för att uppnå vissa kvalitetsmål i den brittiska primärvården verkar ha gett positiva effekter, men detta kan ha skett på bekostnad av andra aktiviteter. Det visas i en analys i *BMJ*.

År 2004 infördes bonusar i det engelska primärvårdssystemet. Upp till 25 procent av en allmänläkares inkomst kunde kopplas till i vilken grad ett antal fördefinierade kvalitetsmål uppnåts. Vissa studier har visat att engelska allmänläkarmottagningar presterade bra enligt dessa mått under senare år, men det är oklart hur mycket av denna förbättring som berott på underliggande tidstrender. Någon bonusrelaterad förbättring i blodtryckskontroll har inte kunnat påvisas (se LT nr 8/2011).

I en ny registerstudie granskade en engelsk forskargrupp tidstrender i andelen uppnådda kvalitetsindikatorer som gav

bonusutdelning och jämförde med trender i ett antal indikatorer som inte definierats som bonusgivande. Studien omfattade åren 2002–2003, dvs innan bonussystemet infördes, och åren 2004–2007, då var i bruk. I studien granskades 148 allmänläkarmottagningar med sammanlagt 653 500 patienter.

Exempel på bonusgivande indikatorer var registrering av tobaksanamnes vid en rad sjukdomar, blodtryckskontroll efter TIA/stroke, HbA_{1c}-mätning vid diabetes, patienter med kranskärlssjukdom som förskrevs betablockerare (om ej kontraindicerat), diabetespatienter som vaccinerats mot influensa etc.

Indikatorer som däremot inte gavs bonusprioritet inkluderade bla kolesterolprovtagning hos hypertoniker, kreatinprovtagning hos hypertoniker, pneumokockvaccination hos splenektomerade och tyreoidprovtagning hos deprimerade kvinnor över 50 år.

Analysen visar att andelen uppnådda kvalitetsindikatorer ökade redan ären innan bonussystemet infördes. När bonussystemet infördes ökade andelen mer än vad underliggande tidstrender predicerade, dvs systemet verkar ha haft en extra effekt. De kvalitetsindikatorer som inte gav bonus genomgick dock en liten men signifikant försämring under studieperioden (tvärt emot deras tidstrend åren före 2004).

Författarna drar slutsatsen att förbättringarna på grund av bonusutdelning kan ha skett på bekostnad av en liten försämring av vårdaspekter som inte ansetts bonusgrundande. Resultaten pekar på vikten av att följa hela spektrumet av vårdaktiviteter när man utvärderar nya system.

Karin Sundström
läkare, doktorand

Doran T, et al. *BMJ*. 2011;342:d3590.