

seg at de kan gi forskjellig påvirkning på den levende organisme (1). Vi er helt enige i hans utdyping.

I vår artikkel har vi poengtert viktigheten av å sette i gang større prosjekter med henblikk på spørsmålet om luftforurensning og helse (2). Forskningsprosjekter på dette feltet må inkludere partikkelforurensning. Jo mer man vil klare å differensiere de forskjellige partiklenes konsentrasjon, jo bedre vil studiene kunne bli.

Det er derfor viktig at man kommer frem til nøyaktige målemetoder for de forskjellige partiklene. Samtidig er det også viktig å finne teorier vedrørende de forskjellige partiklenes mulige skademekansimer (3).

Oslo

*Teresa Løvold Berents
Bjørghulf Claussen*

Litteratur

1. Diociaiuti M, Balduzzi M, De Berardis B, Cattani G, Stacchini G, Ziemacki G et al. The two PM_{2.5} (fine) and PM_{2.5-10} (coarse) fractions: evidence of different biological activity. *Environ Res Sect A* 2001; 86: 254–62.
2. Berents TL, Claussen B. Luftforurensning og helse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 198–201.
3. Seaton A, MacNee W, Donaldson K, Godden D. Particulate air pollution and acute health effects. *Lancet* 1995; 345: 176–8.

Behandling av cancer coli hos eldre

Av egen erfaring fra Ullevål universitetssykehus vet jeg at kirurger og onkologer kan være uenige om kjemoterapi etter operativ behandling av cancer coli med metastaser hos eldre pasienter.

Cancer coli er hovedsakelig en sykdom i den eldre del av befolkningen. Den gjennomsnittlige alder for pasienter med cancer coli stadium 3 er 70 år, og en firedel av dem er over 80 år. Dermed er problemet om adekvat behandling av tiltakende betydning ettersom befolkningen eldes.

Men eldre er gjerne underrepresentert når det gjelder kliniske forsøk med cancer. Nå har leger ved Mayo-klinikken i USA foretatt en samlet oversikt over postoperativ adjuvant kjemoterapi hos eldre (1). De har samlet data fra sju randomiserte studier som omfattet behandling av 3 351 pasienter med cancer coli stadium 3 delt inn i fire aldersgrupper fra under 50 år til over 80 år. Pasientene var randomisert til postoperativ kjemoterapi eller til bare ekstreparasjon av tumor. Som kjemoterapi ble brukt fluorouracil, enten sammen med leucovorin eller sammen med levamisol.

Disse studiene viste at i alle aldersgrupper var risikoen for å dø av cancer coli redusert med en tredel hos dem som fikk kjemoterapi sammenliknet med dem som bare fikk kirurgi. Femårsoverlevelsen var henholdsvis 71 % og 64 %.

Angående toksisitet ble det påvist flere tilfeller av alvorlig leukopeni ved økende alder ved bruk av fluorouracil og levamisol, mens dette var knapt signifikant ved kombinasjon med leucovorin.

Konklusjonen fra disse sju studiene var at eldre pasienter med colon cancer stadium 3 kan ha samme gode effekt av fluorouracil-basert adjuvant terapi som yngre uten signifikant mer toksisk effekt. Likevel mottar mange eldre pasienter ikke det vanlige regimet med standard kjemoterapi (2).

Mitt spørsmål er om onkologene ved Ullevål universitetssykehus og andre onkologer kjenner denne studien, og hvordan de vil forholde seg til den?

Oslo

Gunnhild Gislerud
spesialist i hudsykdommer
Institutt for allmenn- og samfunnsfag
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Sargent D, Goldberg RM, Jacobsen SD, MacDonald JS, Labianca R, Haller DG et al. A pooled analysis of adjuvant chemotherapy for resected colon cancer in elderly patients. *N Engl J Med* 2001; 345: 1091–7.
2. Mor V, Masterson-Allen S, Goldberg RJ, Cummings FJ, Glicksman AS, Fretwell MD. Relationship between age at diagnosis and treatments received by cancer patients. *J Am Geriatr Soc* 1985; 33: 585–9.

K.M. Tveit svarer:

Gunnhild Gislerud spør om onkologene ved Ullevål universitetssykehus og andre onkologer kjenner studien av Sargent og medarbeidere og hvordan vi vil forholde oss til den.

Den nasjonale anbefalingen gitt av Norsk Gastrointestinal Cancer Gruppe (NGICG) vedrørende adjuvant kjemoterapi ved cancer coli Dukes' C, er at pasienter under 75 år bør tilbys kjemoterapi med 5-FU + folinat i seks måneder (1, 2). Bakgrunnen for anbefalingen er at flere studier har vist en bedring i langtidsoverlevelse med ca. 10 % (relativ bedring 20–30 %). Studiene er stort sett gjennomført hos pasienter under 75 år. Derfor har verken NGICG eller Ullevål universitetssykehus anbefalt slik behandling over 75 år. Erfaringsmessig er det mer toksisitet i en så høy aldersgruppe, hvilket ofte gir lavere doseintensitet, og man kan ikke uten videre ekstrapolere resultatene til denne gruppe.

Sargent og medarbeidere har foretatt en sammenslått analyse av pasienter som inngikk i sju studier med totalt 3 351 pasienter. De fant at effekten av behandlingen også var til stede hos pasienter over 70 år. Deres konklusjon er at selekterte eldre pasienter (over 70 år) kan gjennomføre slik behandling med samme nytteverdi som yngre pasienter. Jeg er enig i dette inntil 75 år, men mener resultatene ikke taler for generelt å behandle pa-

sienter over 75 år. Pasienter over 70 år i nevnte studie er opplagt en meget selektert gruppe, idet de kun utgjorde 15 % av de inkluderte pasienter, mens de i henhold til Kreftregisterets statistikk utgjør 66 % av pasientene med coloncancer. Det er å anta at det kun er de aller friskeste og sterkeste over 70 år som er inkludert i studiene. I Norge behandler vi i dag pasienter opptil 75 år, og jeg tror det er en riktig anbefaling også i tiden fremover.

Det er enighet i det norske fagmiljø om at pasienter under 75 år skal ha tilleggsbehandling. Vi mener ikke det er godt gjort at pasienter over 75 år skal tilbys tilsvarende behandling. Nye studier bør undersøke om undergrupper av pasienter over 75 år i for øvrig god helsetilstand og med gode leveutsikter også bør ha tilleggsbehandling.

Oslo

Kjell Magne Tveit
avdelingsoverlege
Onkologisk avdeling
Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Tveit KM. Adjuvant behandling ved operabel kolorektalcancer. En ny situasjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 2991–2.
2. Kolorektalcancer og analcancer. En veiledning for leger. Oslo: Norsk Gastrointestinal Cancer Gruppe (NGICG), 1999.

Hvem eier pasientopplysninger?

Teknologi gjør personlig medisinsk informasjon lettere tilgjengelig, men eksponerer samtidig informasjonen til mange andre. Har pasienten rett til å velge hvem denne skal eksponeres til?

Personvernet er vektlagt i den nye helseregisterloven som trådte i kraft fra nyttår, men Helsedepartementet og Datatilsynet har ulike tolkinger av denne loven.

Det finnes knapt nok noe mer personlig informasjon enn den av medisinsk art. Dette blir anerkjent som personlige data vedrørende pasientene, de tilhører ikke først og fremst sykehusene eller staten.

Livsviktige hensyn taler for en mer tilfredsstillende løsning enn dagens modell med desentralisert tilgang. Et virtuelt landsdekkende helseregister inneholdende digitale epikriser der pasienten graderer og formelt samtykker i hvilken type data som kan utveksles internt i helsevesenet, er betraktelig mer hensiktsmessig.

I vårt mobile samfunn reiser de fleste borgere stadig mellom de ulike helseregionene. Er det fare for liv og død når du reiser utenfor din helseregion, og ingen mulighet for å få tak i fastlegen, melder det seg et kritisk problem. Pasientjournalen kan være fullstendig digitalisert og universalt tilgjengelig for alle interessenter, men juridiske begrensninger hindrer utveksling av pasientjournaler mellom regionene. I dag er ikke dette

mulig, før Stortinget ev. vedtar en lovending. Dette er situasjonen, til tross for at pasienter har rett til fritt sykehusvalg, samt at noen pasientgrupper har rett til *individuelle planer* for tiltak som involverer flere aktører. En del pasienter ønsker dessuten frihet til å sortere informasjon til ulike leger for å maksimalisere rettigheter/tjenestenivå.

IT-infrastrukturen må være fleksibel nok til å sikre rollebasert tilgangskontroll. Pasienten må sikres valgmulighet til å samtykke i at relevant informasjon kan eksponeres til kvalifisert person basert på rolle og situasjon. Tilgangen til pasientinformasjon må være *enkel* og *umiddelbar*, da det kan være fare for liv og død, men samtidig må den *sikres* for å ivareta hensynet til personvernet. Balanseringen av disse tre hensynene er en av hovedutfordringene e-Helse-Norge står overfor.

Den digitale pasientprofilen består av fragmenter av pasientinformasjon fra mangfoldige IT-systemer. Mange organisasjoner har regler som krever unike identifiseringsmekanismer, men kan ikke demonstrere dette på tvers av organisasjonen. Uten forsvarlige sikkerhetsrutiner og tilgangskontroll til pasientopplysninger, kan slike opplysninger misbrukes, både med og uten overlegg.

Katalogtjenester er en moden, testet teknologi som kan løse utfordringene med autentisering, autorisering og administrasjon og dermed sikre rollebasert tilgangskontroll *på tvers* av helsevesenet. Dette er det beste fundamentet for å beskytte digital pasientinformasjon, og bør vektlegges sterkt i personverndebatten rundt helseregisterloven.

Oslo

Stig Sjursen
markedssjef
Novell Norge AS

Kopi av epikrisen – uoppfordret til pasienten?

I Tidsskriftet nr. 4/2002 presenterte Jens Hugo Trumpy resultatene av en undersøkelse fra nevrokirurgisk avdeling, Universitetssykehuset i Nord-Norge, der 100 pasienter ble spurt om hvordan de reagerte på automatisk å få kopi av sin epikrise (1). På grunnlag av resultatene mener forfatteren at dette er et godt pasienttilbud. Det er jeg enig med ham i. Resultatene er mer overbevisende enn overraskende og bør få konsekvenser for vår epikrisepraksis. Det er vanlig at man har lett tilgang til det man eier. Epikrisen er pasientens eiendom.

De nye helselovene presiserer og gir retningslinjer for at pasienten skal være i sentrum. Da er det rett og rimelig at de automatisk får kopi av epikrisen når undersøkelsen entydig viser at de ønsker det.

En slik praksis vil etter mitt syn kvalitets sikre kjerneområdene i et lege-pasient-forhold som kommunikasjon, informasjon, pa-

sientservice, pasienttilfredshet og videre- og etterbehandling. En redaksjonell sideeffekt kan bli strammere ordøkonomi og «folkelig» norsk. Det er en forutsetning at epikrisen til pasienten er en kopi av den som sendes legen.

I Sykehuset Telemark har vi tilpasset epikrisen for elektronisk utsendelse. Dette innebærer bl.a. en mal med kortfattet og presis redegjørelse for sykehistorie, funn, behandling, prognose og ev. oppfølging. Vi har sluttet å sende kopi av journal med sluttnotat. I dette systemet ligger forholdene vel til rette for samtidig å postlegge en kopi til pasienten. Det handler om pasienttilfredshet.

Jeg er ikke blind for at slik epikrisepraksis kan være beheftet med betenkeligheter og motforestillinger, men jeg har vanskelig for å se de helt store problemene. En forutsetning er at epikrisen skrives av den samme pasientansvarlige legen som informerte og samtalte med pasienten ved utskrivningen.

Jeg kan ikke se at dette vil være brudd med regler eller forskrifter, men tar forbehold om at situasjonen kan være forskjellig for psykiatri. Flere bør komme med tanker og innspill om fordeler og ulemper ved at pasienten automatisk får kopi av sin epikrise.

Jeg håper undersøkelsen vil inspirere til en ny epikrisepraksis med pasienttilfredshet som styringsindikator og et målesystem for pasientservice.

Se det fra pasientens ståsted: Som pasient ville jeg satt pris på å få min epikrise i posten – uoppfordret.

Skien

Tore Grønmark

Litteratur

1. Trumpy JH. Bør pasientene automatisk få kopi av sin epikrise? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 394–6.

Livsaften i februar – eller livssaften?

Øivind Larsen har tatt på kornet pensjonister på langtidsopphold på Algarve-kysten og avbilder to eksemplarer i svart-hvitt på forsiden av Tidsskriftet nr. 5/2002 (1).

Et kinesisk ordspråk lyder: Et godt bilde kan fortelle mer enn tusen ord. Det er vel noe i den retning han har tenkt med et slikt bilde. Men et annet ordtak lyder: Blind høne finner også et korn. Slik jeg ser det er det nå skapt et helt ny variant: Et godt bilde lyver bedre enn tusen løgner. Eller denne: En seende høne ser ikke kornet på kornet.

Hva mener jeg med dette? Legen og samfunnsmedisineren Øivind Larsen, som kanskje var på golfbilligtur i Portugal, burde også ha sett noe mer enn det han så – i hvert fall i et medisinsk fagtidsskrift. Han burde se to representanter for den norske eldrebølge

klare seg helt alene langt fra Norge og landets overbelastede helse- og sosialvesen med daglige nedskjæringer og budsjettkutt. Disse to har satt seg som mål nettopp å klare seg selv og ikke være til belastning, og da tåler man litt kondens på veggene på «unntaksdager». De lever sunt. Går turer hver dag og lever rimelig på middelhavsmat med litt god rødvin til middag nesten hver dag. Han får ikke angina eller hjerteinfarkt av snømåking i kuldegrader. De er svært fornøyd med helsevesenet, som alltid har hyggelige representanter de få ganger de har behov for lege. Og eldre blir behandlet med respekt i Portugal, ikke minst nordmenn som har ord på seg for å være trofaste og egalitære.

De to som er avbildet, kan være paret som styrer den norske pensjonistklubben på stedet. Kanskje stavrer de seg hjem for å fortsette planleggingen av neste måneds program med turer til severdigheter i nærheten, operatur til Lisboa og til fjellandsbyen med berømte lokale mat- og vintradisjoner, markedsbesøk i nabokommunen og utallige andre engasjementer.

Det eneste de savner i Norge er: barnebarne. Derfor må de hjem til familien etter påske. Men det tar ikke lang tid før de har datoen klar for tilbakereisen til sitt vinterkvarter.

Om 20 år kan det være herr og fru Larsen som avbildes på dette sted. Han har nemlig sørget for ikke å kunne glemme det. La oss håpe det blir et fargebilde.

Sande i Vestfold

Eldar Solum

Litteratur

1. Larsen Ø. Livsaften i februar. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 459.

Fastlegeordninga og det engelske føredømet

Då fastlegeordninga skulle innførast i landet vårt, vart mellom anna Storbritannia framstelt som eit føredøme på kor god ei slik ordning skulle vere.

Det undra meg heile tida at vyrde representantar for vår stand, president, professorar og slike som ville bli anten det eine eller det andre, var så ihuga for ordninga.

Men mange av oss hadde alt då høyrte om «femminuttarskonsultasjonen» der borte. Er det ideologiske briller som har forvridt synet til dei såkalla leiarane våre?

Kvar morgon kl 6–9 plar eg bruke til studium, med klassisk musikk via Internett, mellom anna frå BBC 3, i bakgrunnen. Der har dei mellom anna kvar time «a summary of the news».

I dag, 28. februar 2002, vart det frå britisk regjeringshald sitert ei utsegn om at så få no ville bli general practitioners at sjukepleiarar til ein viss grad kom til å ta over denne rolla.