



Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes til tidsskriftet@legeforeningen.no

Innføring og evaluering av screening

I en artikkel i Tidsskriftet nr. 3/2003 vurderer Per-Henrik Zahl innføring og evaluering av screening (1). Dessverre inneholder artikkelen flere feil, og vi vil gjerne kommentere noen som angår mammografiprogrammet.

Zahl skriver at mammografiscreening anbefales for aldersgruppen 40–70 år. Det norske mammografiprogrammet inviterer kvinner i alderen 50–69 år hvert annet år. De som følger anbefalingene, vil da få ti undersøkelser. Zahls regnestykke, som går ut fra at 5 % etterundersøkes i hver runde, er ikke riktig. Andelen kvinner som blir innkalt til etterundersøkelse, avtar med alder og gjentatt oppmøte. Data fra mammografiprogrammet viser at om lag 2,5 % av de kvinnene som hadde møtt tre ganger, ble innkalt til etterundersøkelse ved tredje gangs undersøkelse. Av dem som etterundersøkes, får om lag 20 % en brystkreftdiagnose.

Mammografiscreening i Sverige ble innført gradvis og ble landsdekkende først i 1997, ikke i 1987, som Zahl hevder (2). Statistiske analyser av brystkreftforekomsten i Sverige viser redusert forekomst i fylker som har hatt servicescreening i mange år (3). Effekten av servicescreening i Sverige er dokumentert til å være om lag 30 % i flere studier (2, 4).

Det er enighet om at brystkreft er en biologisk heterogen sykdom, med varierende vekstshastighet og aggressivitet. Imidlertid har de fleste brystkreftsvulster en biologi som gjør at tidlig diagnose bedrer prognosen. Det er internasjonal enighet om, basert på vitenskapelige studier, at mammografiscreening for kvinner i alderen 50–69 år reduserer dødeligheten av brystkreft (5).

Det ble diagnostisert 1 574 brystkrefttilfeller i mammografiprogrammets prøveprosjekt. Av de infiltrerende svulstene var 60 % mindre enn 15 mm. Under 25 % av pasientene med infiltrerende brystkreft hadde spredning til lymfeknuter i armhulen (6). Svulststørrelse og spredning til lymfeknuter er etablerte prognostiske faktorer. Mammografiprogrammet vil derfor etter all sannsynlighet gi redusert dødelighet av sykdommen. De kvinnene som fikk sin sykdom diagnostisert som intervallkreft, har svulster med mindre gunstige prognostiske faktorer. Pasientene i denne gruppen har likevel ikke dårligere prognose enn de som fikk brystkreft diagnostisert før programmet startet.

Brystkreft er en sjelden sykdom, men allikevel den vanligste kreftformen blant kvinner. Organisert mammografiscreening har både fordeler og ulemper, men er per dags dato det beste som kan tilbys kvinner for å redusere dødeligheten av sykdommen.

Solveig Hofvind
Hege Wang
Steinar Thoresen
Kreftregisteret

Litteratur

1. Zahl P-H. Vitenskapelige kriterier for innføring og evaluering av screening. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 3: 333–6.
2. Jonsson H. Evaluation of service screening with mammography in Sweden with special regard to its impact on breast cancer mortality. Doktoravhandling. Umeå: Umeå universitet, 2002.
3. Møller B, Fekjær H, Hakulinen T, Tryggvadóttir L, Storm HH, Talbäck M et al. Prediction of cancer incidence in the Nordic countries up to the year 2020. Eur J Cancer Prev 2002; 11: S1.
4. Duffy SW, Tabar L, Chen H-H, Holmquist M, Yen M-F, Abdallah S et al. The impact of organized mammography service screening on breast carcinoma mortality in seven Swedish counties. A collaborative evaluation. Cancer 2002; 95: 458–69.
5. IARC handbook of cancer prevention. Vol 7 Breast cancer screening. Lyon: IARC Press, 2002.
6. Kreftregisterets forskningsrapport nr. 2–2000. Oslo: Kreftregisteret, 2000.

Uførhet og pasientøkonomi

Bengt-Lasse Lund gav i Tidsskriftet nr. 4/2003 en god oversikt over ulike trygde- og forsikringsordninger og stilte spørsmålet om ordningene er for gode (1). Det er urovekkende at over 10 % av den arbeidsføre delen av befolkningen er uføretrygdet og ikke får delta i verdiskapningen i landet, at fellesskapet ikke utnytter den humane kapitalen de uføre utgjør, og at forsikringselskaper, som Lund representerer, på denne måten får store utgifter.

Det er to helt sentrale forhold vedrørende uførepensjonering som ikke berøres i Lunds analyse. Det ene er spørsmålet om hvor stor andel av dem som blir uføre som har de «riktige» kombinasjonene, og som dermed kan innkassere beløp i størrelsesorden 4,6 millioner kroner etter at vedtaket er truffet. Det andre er kunnskap om hva som genererer det store antallet nye uføre.

Det er vanskelig ut fra klinisk praksis å kjenne igjen den virkelighet Lund beskriver. De fleste uføretrygdete pasientene jeg har møtt, har hatt betydelige somatiske og psykiske plager eller et liv fylt av sosiale problemer. Nyere forskning bekrefter også denne oppfatningen – lav yrkesstatus, lav utdanning, dårlig helseoppfatning og andre

ikke-medisinske forhold er sterke risikofaktorer for uførhet (2). Alle uføre jeg har truffet, har hatt lav inntekt og lav sosial status. Jeg tror derfor at andelen uføre som kommer «godt ut av det», er svært liten. Noe av årsaken til at Lund og jeg kan ha så forskjellig oppfatning, kan være at vi har møtt så forskjellige typer mennesker i vårt arbeid.

Med tilgang til aktuell epidemiologisk kunnskap synes vektleggingen av «rente-nevrose», for gode utbetalingsordninger og uansvarlig legepraksis underlig. Forsøk på å redusere antall nye uføre i samfunnet ved å gripe fatt i slike faktorer vil være lite effektivt («palliativt») og ha alvorlige bivirkninger. Årsakene til at så mange fremstår som ervervsmessig uføre ligger i samfunnsutviklingen. I et arbeidsmarked preget av nyliberalisme, markedstilpasning og krav til effektivitet blir en økende andel av befolkningen ikke produktive nok (3). Folk som ikke greier å yte det arbeidsmarkedet krever, blir utstøtt. Uten at disse årsakene blir tatt med i vurderingen, risikerer man å stramme inn på velferdsordninger for dem som trenger dem mest.

En «radikal» strategi må foregå på den arena der årsakene ligger, nemlig på den politiske, økonomiske og arbeidslivskulturelle arena (4). Det er nesten ingen grenser for hvem som kan delta i arbeidslivet trass i sykdom, skade eller lyte, hvis bare arbeidet oppleves som forståelig, håndterbart og meningsfullt for dem det gjelder.

Steinar Krokstad
Steinkjer

Litteratur

1. Lund B-L. Uførhet og pasientøkonomi – er trygde- og forsikringsordningene for gode? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 508–9.
2. Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Medisinske og ikke-medisinske årsaker til uførepensjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1479–85.
3. Barnes C, Mercer G, Shakespeare T. Exploring disability. Oxford: Blackwell, 1999.
4. Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol 2001; 13: 32–8.

B.-L. Lund svarer:

Steinar Krokstad har rett i at han og jeg ser uføreproblematikken fra forskjellig ståsted i utøvelsen av vårt yrke, og jeg har full forståelse for hans kommentarer. Det jeg imidlertid ønsker skal være kjent for kolleger, er at det ikke er utenkelig at økonomiske forhold også kan være av betydning ved ønske om uførepensjonering. I vårt

selskap ser vi ca. 15 000 saker hvert år med personskade/uføre/ulykke/sykdoms-erstatningskrav, og opplever nok et noe mer nyansert bilde enn det Krogstad beskriver.

Bengt-Lasse Lund

Gjensidige NOR

Lysaker

Kreft – den indre fienden

I Tidsskriftet nr. 23/2002 har Rolf Kåresen en anmeldelse (1) av Magne Børsets bok *Kreft – den indre fienden* (2). Børset har skrevet en fortjenestefull innføring i molekylærbiologi og basalforskning for legfolk og helsepersonell, som i høy grad også inkluderer leger. Basalforskning og klinisk medisin snakker ikke lenger samme språk. Like fullt er begge disiplinene gjensidig avhengig av hverandre, og legeutdanningen skal dekke begge områder. Hvor mange leger kan si noe fornuftig om transkripsjonsfaktorer, tyrosinkinaser, dødsdomener, intracellulære signalveier og hvorledes endringer i disse kan føre til kreft? Dette er spennende stoff som dessverre er blitt uforståelig for de fleste av oss. Børset gjør den nyere utvikling i biologien forståelig og tilgjengelig. Det finnes nesten ikke bøker av norske forfattere som prøver å fylle dette gapet mellom basalforskning og klinisk medisin.

Det får være tilgitt at Kåresen ikke legger vekt på dette hovedpoenget med boken. Grunnen til at jeg tar pennen fatt, er avslutningen på anmeldelsen. Man tror nesten ikke sine egne øyne når Kåresen tar en runde med kritikk av behandlingsavsnittet i Børsets bok og så avslutter med å henvise til sin egen bok om kreft, hvor dette er bedre dekket. Underforstått – kjøp min bok og ikke den jeg anmelder.

Kåresen har tydeligvis falt for fristelsen til å bruke anmeldelsen til å markedsføre sin egen bok. En anmelder må utføre sitt oppdrag uhildet. Dette er ikke tilfellet her, og vi kan ikke stole på at dette er en redelig anmeldelse når Kåresen tydeligvis oppfatter Børsets bok som en konkurrent til sin egen. Man må også spørre seg om en slik praksis er godkjent av redaksjonen.

Anders Waage

Litteratur

1. Kåresen R. Kort og billig om kreftinformasjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2252.
2. Børset M. *Kreft – den indre fienden*. Trondheim: Tapir, 2002.

R. Kåresen svarer:

Anders Waage kommer i sitt innlegg med sterk kritikk av min anmeldelse av *Kreft – den indre fienden*. Han bebreider meg for ikke å anbefale boken som en god veiledning i molekylærbiologi. Hvordan han har klart å lese seg til dette, er vanskelig å skjønne når min konklusjon er: «Av denne grunn er det min oppfatning at denne boken kanskje best

egner seg for studenter i helsefag, allmennpraktikere og leger i sykehus som ønsker seg en rask og enkel innføring i molekylærbiologiens spennende verden» (1).

Kanskje skyldes det at han tydeligvis er blitt sterkt provosert av at jeg påpekte at behandlingsdelen av Børsets bok (2) er noe tynn og at det finnes et alternativ: En bok om kreftsykdommer som jeg var redaktør for sammen med Erik Wist (3). Nå er det definitivt ikke «Kåresens bok». Den har 31 forfattere, alle velrenommerte norske kreftforskere og klinikere. Vi delte broderlig det forholdsvis magre honorar et slikt forfatter-skap gir. Det kan selvsagt diskuteres om det er riktig å nevne en publikasjon man selv har del i i en bokenmeldelse. I dette tilfellet syntes altså jeg det var riktig, bl.a. fordi jeg anbefalte boken jeg anmeldte for dens sterke side, avsnittet om molekylærbiologi.

Rolf Kåresen

sjeflege

Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Kåresen R. Kort og billig om kreftinformasjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2252.
2. Børset M. *Kreft – den indre fienden*. Trondheim: Tapir, 2002.
3. Kåresen R, Wist E, red. *Kreftsykdommer*. En bok for helsepersonell. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000.

Mysterier i forlag og tekst

Vi takker for en utmerket anmeldelse av vår bok *Selvets mysterier* (1) i Tidsskriftet, skrevet av kollega Jan C. Frich (2). Frich kommenterer den uforskammede mangelen på referanseliste i boken. Vi er like fortørnet over at forlaget, ved en glipp, ikke trykte vår referanseliste. Gjentatte henvendelser om å legge ved en referanseliste som løslad har ikke ført frem.

Frich kommenterer også siste kapittel, som bryter opp sjangeren fra ren tekstanalyse til klinisk beretning. Kapitlet inneholder journalopplysninger fra to kolleger i Oslo, dr. Kleppe og dr. Jørgensen. Frich antar at dette er diktning, men er bekymret på vegne av lesere som ikke vil forstå dette og fordi et antatt brudd på taushetsplikten «kan bidra til å svekke folks tillit til behandlere».

Vi kan berolige Frich med at siste kapittel selvsagt er fiksjon. Det er skrevet slik for å aktualisere Hamsuns historie (som utspiller seg rundt 1890), for å gi moderne klinikere en stemme i forhold til Hamsuns hovedperson, og dessuten, det kan vi innrømme, for å erte enkelte litteraturteoretikere. Frichs bekymring tar vi som en kompliment. Den viser at fiksjonen fungerer, dels som en virkelighetsnær fortelling og dels at den setter leseren i en undrende posisjon: Er dette sant?

I avslutningskapitlet går en viss Johan bl.a. i gruppeanalytisk psykoterapi. Navnet viser selvsagt til Hamsuns hovedperson Johan Nilsen Nagel. Han møter en gruppe som til forveksling er lik det viktigste

persongalleriet i Hamsuns roman. Over like mange dager utspiller det seg et drama i gruppen tilsvarende det i romanen. Dette illustrerer det gruppeanalytiske poeng at dramaet i ens indre verden har tendens til å eksternalisere seg. Om vi har behov for det, vil vi alltid finne en som spiller Minuttens, Dagnys eller Marthas rolle i våre liv. Vårt poeng er at det går mange Nagel'er rundt i Oslo i dag og at vi strever med å forholde oss til dem, også til Nagel-personen i oss selv, fascinerende, men på samme tid frastøtende. Videre har vi lagt inn at terapien foregår i Oscars gate 12, kontoradressen til Johan Irgens Strømme da han hadde Hamsun i psykoanalyse i 1926/27. Vi antyder med dette en nær sammenheng mellom Nagel og Hamsun selv.

Vi tror det lesende publikum tåler å tumle med de mysterier ovennevnte forbindelser gir opphav til.

Sigmund Karterud

Christian Schlüter

Oslo

Litteratur

1. Schlüter C, Karterud S. *Selvets mysterier*. Oslo: Pax, 2002.
2. Frich JC. Hamsuns Mysterier i et selvpsykologisk perspektiv. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2915.

Åpent brev til forhandlingsutvalget i Aplf

I grunnlagsmaterialet fra Aplf for avstemningen om listesystemet (fastlegeordningen) gikk det frem at en «normalpraksis» var en liste på 1 500 betjent med ca. 28 timers åpningstid i uken. Dette skulle gi en inntekt tilsvarende en praksis med fullt driftstilskudd klasse 3. Dette stemmer kanskje for unge kolleger med lav gjennomsnittsalder i listen, men det vil aldri stemme for eldre leger med høy andel tilvalgte eldre pasienter. Kolleger har stått frem i pressen og fortalt at med 2 500 listepasienter har de ledig time på dagen. Min og andre eldre legers erfaring er at en liste på 1 000–1 100 pasienter med høy gjennomsnittsalder gir en jevnt krevende og fullpakket arbeidsuke. Dette er innlysende, og burde vært godt kjent for Aplf fra lenge før innføringen av listesystemet. Hvis Aplf mener noe med begrepet «kvalitet» i allmennpraksis og hvis oppfordringene om å bruke tid på eldre og kronisk syke ikke bare er en fluske, da må per capita-tilskuddet økes vesentlig for personer over 50–60 år. I England har man et betydelig differensiert per capita-honorar, så vidt jeg husker hadde vi det samme i forsøkskommunene. Et bortfall av 120 000–150 000 kroner i tilskuddet lar seg ikke kompensere i takstene. Alternativet er da større lister og kortere konsultasjonstid – dårligere allmennmedisin. Vil dere gjøre noe?

Harald H. Drøsdal

allmennpraktiker