



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, Abdusalah 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 forsikrings-selskaper, 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 uføretrygdede 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