

Vår studie omhandlet ikke komplikasjoner hos pasienter som overlevde. De artiklene Truls Myrmed og medarbeidere refererer til, er lite representative. Studien til Harpole og medarbeidere inkluderer 99 % menn og operasjoner for alle slags lungelidelser (2). Studien til Bernard og medarbeidere omhandler kun pneumonektomier, som har langt høyere mortalitet enn mindre reseksjoner (3), slik at resultatene ikke kan sammenliknes med det norske materialet.

Vår undersøkelse dokumenterer ikke at store sykehus har bedre resultater enn mindre. Vårt budskap er heller at resultatene generelt sett kunne vært bedre, og at en reorganisering av lungekreftbehandlingen bør diskuteres. Det kan godt tenkes at alle avdelinger som behandler lungekreft i dag er for små, og at resultatene kunne bedres ved organisering i større og mer spesialiserte enheter. Vi har resultater fra hvert enkelt sykehus og vil publisere slike resultater senere etter korreksjon for henvisninger, men uten at enkeltsykehus identifiseres. Vi ser at det også kan ha interesse å analysere resultater fordelt på enkeltkirurger, men dette er kompliserte analyser som vi foreløpig ikke har planlagt å gjøre.

Hans Rostad

Kreftregisteret

Anne Naalsund

Rikshospitalet

Randi Jacobsen

Trond-Eirik Strand

Jarle Norstein

Kreftregisteret

Litteratur

1. Rostad H, Naalsund A, Jacobsen R, Strand TE, Norstein J. Årsaker til mortalitet etter reseksjon for lungekreft. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 313–5.
2. Harpole DA, DeCamp MM jr., Daley J, Hur K, Oprian CA, Henderson WG et al. Prognostic models of thirty-day mortality and morbidity after major pulmonary resection. J Thorac Cardiovasc Surg 1999; 117: 969–79.
3. Bernard A, Deschamps C, Allen MS, Miller DL, TraDek VF, Jenkins GD et al. Pneumonectomy for malignant disease: Factors affecting early morbidity and mortality. J Thorac Cardiovasc Surg 2001; 121: 1076–82.

Røyking og legers verdighet

Lasse Efskind tar i Tidsskriftet nr. 3/2004 opp et tilfelle der en røykende venn av ham døde av leukemi (1). Efskind følte empati med vennen som trosset vær og vind for å få seg en blås og oppfordrer sykehuspersonell og pasienter til å sabotere røykeloven. Efskind sjeneres tydeligvis ikke av andres røyk. Ikke alle er så heldige; selv har jeg heller aldri røykt, men jeg får store problemer bare jeg kommer i nærheten av røykere. Øynene blir såre og renner, nesen begynner å renne, svelget hovner opp og jeg mister stemmen.

I mine unge år var jeg ansatt ved rikstele-

fonen og var avhengig av å ha en klar stemme. Jeg vil helst ikke tenke på hvor mye jeg kostet samfunnet i den tiden med stadige sykmeldinger pga. heshet. Alle mine venner røykte. Fordi jeg kom meg unna dette skadelige miljøet og valgte å «gå i hi» og nedprioritere sosialt samvær, har jeg ennå ikke fått «skikkelig» astma. Min ikke-røykende yngre søster har dessverre pådratt seg astma, fordi hun har vært passiv røyker hele sitt liv. Hun har det forferdelig enkelte ganger og måtte slutte i et yrke hun trivdes med og går nå på omskolering. To til av mine røykende søsken har også fått astma. Jeg kan utvide listen av andre røykrelaterte sykdommer i egen familie til nese-kreft, munnhulekreft, strupekreft osv.

Jeg hører antakelig til gruppen «rundt Legeforeningen til SVs Olav Gunnar Ballo» som «har knelt sammen med Dagfinn Høybråten og velsignet den nye røykeloven» (1). I Efskinds øyne er vi «antirøykfanatikere» følgelig «en negativ faktor, både for røykeavvenning, nøytral forskning og demokrati» (1). Er Efskind kanskje redd for å bli arbeidsledig hvis folk han kaller for antirøykfanatikere, etter slitsomme år i isolasjon, endelig skal kunne få gå ut blant folk som ikke røyker, og dermed heller ikke pådra seg så mange livsstilssykdommer som krever kirurgiske inngrep og annen legebehandling?

Forresten, lykke til i opposisjonsgruppen, som du sikkert klarer å dra i gang. Der kan dere kose dere med å diskutere røykelov og andre utslag av «autoritær tenking». Ikke glem å føre også noen andre momenter inn i diskusjonene deres som er dere leger verdige.

Marianne Solli

Grimstad

Litteratur

1. Efskind L. Å røyke eller ikke røyke. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 394–5.

L.D. Efskind svarer:

Jeg har sympati for alle de som plages av passiv røyking. Solli uttrykker seg imidlertid på en måte som får meg til å mistenke at det også er sterke psykiske komponenter i hennes «allergi» mot røyk. Hun sier: «Jeg får store problemer bare jeg kommer i nærheten av røykere. Øynene blir såre og renner, nesen begynner å renne, svelget hovner opp og jeg mister stemmen. (...) Min ikke-røykende yngre søster har dessverre pådratt seg astma, fordi hun har vært passiv røyker hele sitt liv.» Ingen kan ta endelig medisinsk stilling til Sollis personlige problem ut fra en artikkel. Det skal heller ikke jeg prøve på. Hva gjelder astma, så kan det komme av passiv røyking, men nyere forskning antyder at en hovedårsak til astma kan være et for sterilt miljø i oppveksten.

Mitt hovedpoeng var at et røykerom eller et verdig oppholdssted for røykere på sykehus er mulig å kombinere med hensynet til beskyttelse mot passiv røyking. Hvis man har godvilje. Antirøykere får tåle at noen lukter litt røyk i klærne, akkurat som vi lever med de som lukter hvitløk. Jeg er også for at man slutter å røyke. Men den enkelte må beslutte det ut fra en egen forståelse av helseskadene. Det vil også være medisinsk viktig for oppfølgingen og takling av andre personlige helsekonflikter. Veien mot en sunn livsstil er både lang og full av feller. Det er viktig at livsnyttelsen og den personlige friheten ikke «kastes ut med badevannet».

Helse skal jo ikke bare være, men brukes til noe. Livet skal ikke bare vare, men også leves. Det er ikke bare dødssykes «selvrådere» man skal respektere, men også de dødsfriske!

Som gammel aksjonist kunne jeg ikke dy meg, og lanserte et «antiautoritært forum» som et svar på dogmatismen og formynderiet i samfunnet. Jeg har allerede fått god respons og vil innkalle til et stiftelsesmøte til våren. Det er ikke for sent å melde seg på!

Lasse Efskind

Nesøya

Samfunnsmedisinernes engasjement mot tobakk

Carl Ditlef Jacobsen etterlyser i Tidsskriftet nr. 3/2004 samfunnsmedisinernes engasjement mot røyking (1). Han hevder lovendringene som forbyr røyking på utesteder, «vakte en storm av protester fra kolleger og medisinske professorer, hvorav påfallende mange samfunnsmedisinere» (1).

Jeg kan forstå at innlegget i Aftenposten 19. januar 2003 fra 11 professorer, hvorav de fleste medisinere og flere samfunnsmedisinere, gjorde inntrykk på Jacobsen. Selv reagerte jeg med forskrekkelse og skuffelse og hadde et motinnlegg i Aftenposten noen uker senere (2). Også samfunnsmedisinerne Ola Jøsendal og Marit Rognerud skrev motinnlegg. Jøsendal er leder i Offentlige legers landsforening og dermed den fremste tillitsvalgte for samfunnsmedisinerne i Norge. Han har også helt nylig uttalt seg markert mot røyking (3).

Jeg kunne finne mange andre eksempler på samfunnsmedisineres ytringer mot røyking i mediene. Selv uttalte jeg meg tydelig mot røyking i en rekke intervjuer i aviser og tidsskrifter i de årene jeg var helsedirektør. Fylkeslege Kristian Hagestad, en kjent og markert samfunnsmedisiner, fikk for noen år siden bred mediedekning da han kritiserte at et askebeleg var synlig på skrivebordet under kong Haralds nyttårstale i fjernsyn. Samfunnsmedisineren Gro Harlem Brundtland gjorde en bragd

ved å få vedtatt WHO's konvensjon mot tobakk. En rekke samfunnsmedisinere, også norske, har bidratt i WHO og i medlemslandene med tålmodig, hardt, men lite synlig arbeid. Langvarig og solid arbeid fra samfunnsmedisinere og andre ligger også bak den norske tobakkslovgivningen.

Samfunnsmedisinernes innsats i den statlige helseforvaltningen, fra departement via direktorat/tilsyn til fylkeslegene, og som kommuneleger, skjer vesentlig på annen måte enn gjennom høy profil i mediene. De vet at det som i det lange løp gir resultater, er solid og tålmodig daglig arbeid, med respekt for god forvaltningsskikk, selv om det kan bli så som så med berømmelse. I fjor sommer kom en ny norsk lærebok i samfunnsmedisin som selvsagt har et kapittel om røyking (4). Røyking er også omtalt i kapitlet om ungdoms helse ofl.

Jacobsen skriver til slutt i sitt innlegg at samfunnsmedisinene «har en meget viktig rolle i dagens kompliserte samfunn» (1). Der er vi helt enige.

Anne Alvik
Oslo

Litteratur

1. Jacobsen CD. Samfunnsmedisinen og det forebyggende helsearbeidet. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 389–90.
2. Alvik A. Professorer i tåkeheimen – eller i røyken? Aftenposten (morgenutgave) 28.1.2003.
3. Johnsrud N. Røykeaksjon redder liv. Dagsavisen 13.2.2004.
4. Lund KE. Røyking – kulturfenomen og risikofaktor. I: Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K, Nylenna M, red: Helse for de mange – samfunnsmedisin i Norge. Oslo: Gyldendal, 2003: 323–39.

C.D. Jacobsen svarer:

Jeg satte stor pris på Anne Alviks kommentar og takker for hennes engasjement. Men jeg grubler fortsatt over fenomenet. Når tok helsedirektørene Mork og Alvik et selvstendig initiativ i tobakksspørsmålet? Jeg har selv vært med på forskjellige handlingsplaner mot tobakk opp gjennom årene. Ingen av dem har vært initiert av helsedirektører eller sentrale helsepolitikere. Dessverre er helsebyråkratiet unnlattelsessynder betydelige på dette området. Hvorfor, Alvik?

Carl Ditlef Jacobsen
Nordbyhagen

Nikotin verre enn heroin?

Legeforeningen støtter opprettelse av sprøyterom, der narkomane kan bruke illegale rusmidler straffefritt og med assistanse av helsepersonell (1). Den samme Legeforeningen har i lengre tid gått i bresjen for å hindre røykere i å bruke sitt legale rusmiddel nikotin: Røykeforbud for sykehusansatte i arbeidstiden, ikke bare

i røykerom, men også utendørs. Også pasientene vil Legeforeningen tvinge til nikotinabstinens mens de er på sykehus. Foreningen har gått imot røykerom på arbeidsplasser og serveringssteder, der røykerne kunne bruke sin nikotin uten å plage andre. Røykerne fratas retten til å gjøre sine egne valg. Sprøyterom for narkomane er derimot i orden.

Jeg har problemer med å se logikken. Vel er røyking farlig og nikotin vanedannende. Men de fleste røykere lever et veltilpasset liv og må ikke begå kriminelle eller selvdestruktive handlinger for å kjøpe sitt rusmiddel, som dertil er kraftig avgiftsbelagt, og som finansierer ulike gode formål. Slik er det ikke akkurat med narkotikamisbrukere. Kriminaliteten som følger med, er et stort samfunnsproblem. Misbrukerne ødelegger sine liv fort – mye fortere og mer lidelsesfullt enn en storøyker. Elendigheten er påtrengende. Likevel går altså Legeforeningen inn for å legge til rette for og akseptere bruk av narkotika, mens den på moralistisk vis vil legge alle tenkelige hindringer i veien for røyking.

Jeg støtter verken røyking eller narkotikamisbruk. Det er mulig delvis legalisering av narkotika er riktig vei å gå for å bekjempe helseproblemer og skadevirkninger. Men jeg har problemer med å akseptere Legeforeningens moralistiske korstog mot nikotin, spesielt når den inntar en liberal holdning til langt mer destruktive rusmidler. Hvis Legeforeningen nå er liberal i narkotikaspørsmål og støtter sprøyterom, bør den dempe sin moralisme mot røykere og revurdere sin motstand mot røykerom.

Torkel Steen
Oslo

Litteratur

1. Legeforeningen sier ja til sprøyterom. Aftenposten (morgenutgave) 11.2.2004.

Legeattester for å hjelpe pasienten

I sin undersøkelse publisert i Tidsskriftet nr. 2/2004 påviser Pål Gulbrandsen og medarbeidere at innholdet i legeattester tenderer til å fremstille pasientens situasjon på en strategisk måte for å oppnå en ytelse (1). I en annen artikkel i samme nummer viser Halvor Nordby at sykdomsbegrepet er mangfoldig og endrer betydning etter i hvilken sammenheng det benyttes (2).

Gulbrandsen og medarbeidere trekker i sin artikkel frem behovet for legeattester i forhold til offentlige trygdeordninger, spesielt uførepensjon (1). Som grunnlag for uførepensjon etter folketrygdloven § 12-6 (tidligere § 8-3) skal det foreligge «varig sykdom, skade eller lyte» som et vilkår for at ytelse kan innvilges. Det skal legges til grunn et sykdomsbegrep som er vitenska-

pelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis. Mer enn 90 % av pasientene som ønsker sykmelding, får dette utstedt av legen. Dette kan tyde på at legens og pasientens forståelse av sykdomsbegrepet og lovens medisinske krav i daglig praksis er sammenfallende (3). Nyere signaler fra Rikstrygdeverket tyder på at funksjonsnivoen, i større grad enn før, også skal vektlegges, og at sykmelding og arbeidsuførhet i større grad blir et forhold mellom arbeidstaker og arbeidsgiver og i mindre grad avhengig av diagnosen.

Undersøkelser tyder på at selve sykdommens betydning ved uførepensjonering allerede er mindre enn tidligere antatt og mindre enn hva lovgiver forutsetter (4). Ifølge en lokalpolitiker brukes uføretrygd nå som et sosialt virkemiddel ved omstillinger i næringslivet (5). Dette står i sterk kontrast til uttalelser fra sosialministeren om at det er for enkelt å få trygdeytelser og at legene må ta hovedansvaret for dette (6).

Skal visjonen om et inkluderende arbeidsliv virkeliggjøres, bør holdningene til betydningen av diagnosen og sykdom som forutsetning for trygdeytelser nedtones. Da kan behovet for et sykdomsbegrep bygd på medisinske diagnoser i trygdelovgivningen bli overflødig. I stedet for å innskjerpe legenes praksis i arbeidet med legeattester bl.a. i trygdespørsmål, slik Gulbrandsen og medarbeidere konkluderer med (1), bør vi få en diskusjon om de medisinske vilkår som forutsetning for uføretrygding i det hele tatt er nødvendig. Den lovforståelse som praktiseres i dag, tar i realiteten i ikke ubetydelig grad hensyn til sosiale forhold og arbeidsmarkedet, faktorer som legen har liten innflytelse på.

Erik Rødevand
St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Gulbrandsen P, Aasland OG, Førde R. Legeattester for å hjelpe pasienten. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 192–4.
2. Nordby H. En enhetlig eller mangfoldig forståelse av sykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 201–2.
3. Larsen BA, Førde OH, Tellnes G. Legens kontrollfunksjon ved sykmelding. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 1442–4.
4. Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Medisinske og ikke-medisinske risikofaktorer for uførepensjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1479–85.
5. Jakobsen O. Trygd. Dagbladet 19.1.2004.
6. Meland SI. For enkelt å bli sykemeldt. Adresseavisen. 6.2.2004.

P. Gulbrandsen og medarbeidere svarer:

Vi slutter oss til Rødevands synspunkter i siste avsnitt i innlegget hans. Vi tror at han må ha misforstått artikkelen vår. Spesielt viser vi til de to siste setningene i artikkelen, der vi skriver: «Det er etter vår oppfatning lite fruktbart å møte denne nødvendige avmedikaliseringen med gjen-