

Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord sendes tidsskriftet@legeforeningen.no. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Tidsskriftet praktiserer tilsvarsrett i henhold til Vancouvergruppens regler.

Samarbeid må til for å forebygge kolorektal kreft

I Tidsskriftet nr. 20/2007 hevder Kjetil Sør-eide & Michael Bretthauer at det norske samfunn synes å neglisjere sykdommen og mangle strategier for å bekjempe den (1). De mener dette kan skyldes at sykdommen er tabubelagt.

Norge er i verdenstoppen når det gjelder forekomst og dødelighet og har ingen organisert, nasjonal strategi for tidlig diagnostikk og forebyggende behandling. Norge har fått kritikk fra andre europeiske land for manglende handlingsplaner for screening, og dokumentasjon fra EU-land og USA viser hvordan man på en praktisk måte kan angripe problemet. Enkelte land har gått rett på «gullstandarden» koloskopi, mens andre land har valgt mindre presise metoder med lavere kostnader, som avføringsprøver på okkult blod, ev. kombinert med sigmoideoskopi eller radiologisk diagnostikk. Tyskland og Italia har valgt koloskopiscreening som hovedmetode. I USA har man for første gang på over 70 år registrert en absolutt reduksjon av antall dødsfall som følge av kreft, særlig kolorektal kreft, noe som kan skyldes koloskopiscreening (2, 3).

I en oversiktsartikkel om forebygging og tidlig diagnostikk av kolorektal kreft oppsummerer Bretthauer & Hoff at koloskopi som screeningmetode står i en særstilling ved kolorektal kreft og i forhold til screening for andre kreftformer (4). Koloskopi utført av erfaren spesialist er en trygg prosedyre med høy spesifisitet. Til tross for svært gode erfaringer med slik screening fra andre land, anbefaler forfatterne at vi i Norge skal gå våre egne veier med randomiserte studier. Slike studier er dyre og vil ta opptil 10–15 år å gjennomføre.

Kapasiteten for koloskopiundersøkelser i Norge er svært begrenset, og det er ikke sannsynlig at den kan økes særlig mye i helseforetakene de neste årene. I de land der koloskopiscreening er innført, har man utviklet et godt samarbeid mellom offentlige og private aktører. I Norge er det få spesialister i privat praksis, men det bør være mulig å stimulere til et bedre samarbeid mellom helseforetakene og private spesialister. Randomiserte studier er et prisverdig mål, men kan neppe være akseptabelt som eneste strategi. Vi må snarest mulig få i gang en debatt om konkrete tiltak av mer pragmatisk karakter, en akseptabel mellomløsning mellom det ideelle og det

mulige. Vi kan ikke akseptere at pasienter i Norge har høyere dødelighet av kolorektal kreft enn i andre sammenliknbare land. Fagmiljøene må fronte saken gjennom mediene og arbeide målrettet overfor de politiske, bevilgende myndigheter. Kreftforeningen vil være en naturlig samarbeidspartner og pådriver.

Tore Sandanger
Asker Endoskopiklinikk

Litteratur

1. Sør-eide K, Bretthauer M. Kolorektal kreft – en sykdom man ikke snakker om. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2651.
2. Jemal A, Siegel R, Ward E et al. Cancer statistics 2007. CA Cancer J Clin 2007; 57: 43–66.
3. Gjersvik P. Færre dør av kreft i USA. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 770.
4. Bretthauer M, Hoff G. Forebygging og tidlig diagnostikk av kolorektal kreft. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2488–91.

M. Bretthauer og medarbeidere svarer:

Vi er enig med Tore Sandanger i at det er på høy tid med nasjonale tiltak for forebygging og tidligdiagnostikk av kolorektal kreft. Vi deler imidlertid ikke Sandangers syn på hvordan dette skal iverksettes. Vi mener at implementering av endoskopisk screening basert på dagens datagrunnlag, uten effektresultat fra randomiserte studier, vil være en stor feil med uante kostnader for både målgruppen og helsevesenet. Innføring av screeningtiltak uten forutgående randomiserte studier har vist seg uheldig i andre sammenhenger tidligere – som helt nylig diskutert ved effekten av screening for lungekreft (1).

Sandanger mener at nedgangen i dødelighet av kolorektal kreft i USA kan skyldes koloskopiscreening. Slik screening i USA er bare gjennomført i større grad de siste tre til fire årene. Basert på kreftepidemiologiske prinsipper vil det ta rundt ti år før man kan se en eventuell effekt av koloskopiscreening på dødelighet av sykdommen. Det er derfor spekulativt om screening overhodet har noe med nedgangen i dødelighet å gjøre.

Skulle man, som Sandanger foreslår, satse på et program med organisert eller uorganisert koloskopiscreening i Norge, vil det med den forventede dekningsgraden og etterlevelse hos målgruppen (rundt 65 %) koste 23 millioner kroner hvert år bare for å undersøke ett årskull (f.eks. det året man fyller 60 år). Det vil bli umulig å finne ut om dette er fornuftig bruk av skattebetalernes penger, fordi man aldri vil få estimert effek-

tene pga. manglende kontrollgruppe. Det vil man derimot kunne finne ut ved å investere i en randomisert studie, slik to av oss har gått inn for (2), og som vil koste 65 millioner kroner fordelt over fire år, tilsvarende refusjonsutgiftene for bare tre år med «villscreening». For en lavere pris vil man således få et betydelig bedre kunnskapsgrunnlag for å treffe viktige beslutninger – til beste for både målgruppen og samfunnet.

Michael Bretthauer
Rikshospitalet

Geir Hoff
Sykehuset Telemark

Kjetil Sør-eide
Stavanger universitetssjukehus

Litteratur

1. Welch HG, Woloshin S, Schwartz LM et al. Overstating the evidence for lung cancer screening: The International Early Lung Cancer Action Program (I-ELCAP) Study. Arch Intern Med 2007; 167: 2289–95.
2. Bretthauer M, Hoff G. Forebygging og tidlig diagnostikk av kolorektal kreft. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2688–91.

Overflødige meldinger om kreftresidiv

Meldinger til Kreftregisteret ved påvisning av malign sykdom er en nødvendig og selv-sagt plikt for å støtte kreftepidemiologisk forskning i Norge. Opplysninger om familiær forekomst av kreft og eksponering for karsinogener er viktig for forebygging. Imidlertid er det tilstrekkelig at disse opplysningene gis ved første gangs diagnose. Dessverre viser det seg at det avkreves kreftmelding ved alle residiver der biopsimateriale sendes inn til histopatologisk diagnostikk. Hvis kreft påvises, står det på svarsjemaet fra det patologisk-anatomiske laboratoriet: «Meldt Kreftregisteret». Disse to ordene utløser automatisk en kaskade av hendelser som ender med at melding til Kreftregisteret avkreves legen.

Ved vårt sykehus har vi elektronisk pasientjournal. «Melding til kreftregisteret» kommer frem under «mine arbeidsoppgaver» i systemet og forsvinner ikke før du har brukt de 15–20 minuttene det tar å gjennomgå, krysse av i feltene og fylle i de forskrevne opplysninger. Dette er arbeid som gjerne gjøres sent om ettermiddagen på en tid som med fordel kunne vært brukt til annen aktivitet. Under utfylling av en slik

melding for et residiv av blærekreft nylig så jeg i den elektroniske pasientjournalen fire tidligere sendte meldinger på samme krefttilfellet. En henvendelse til Kreftregisteret bekreftet min anelse om at melding ved residiv av blærekreft ikke er nødvendig. Man ser for seg et misbruk/unødvendig forbruk av legetimer, kanskje spesielt for urologer, siden kreft i blære og prostata ofte fordrer transurethrale inngrep ved residiv og for palliasjon. Hvor lenge har dette misbruket foregått og hvor stort er omfanget?

I 2005 var prevalensen for prostatakraft 21 588 og for kreft i ureter/blære/urethra 10 078 (1). Hvis hver av disse pasientene får et residiv som må opereres, og den (mal)praksis som her beskrives er allmenn i Norge, må det skrives ca. 31 500 unødvendige kreftmeldinger bare for disse to diagnosene. Det kan tilsvare seks urologstillinger årlig. I mitt tilfelle fant jeg en «residivmelding» datert i 2004. Det er grunn til å anta at dette har foregått i årevis.

Vi må gå ut ifra at Kreftregisteret ekskluderer residivmeldingene når de beregner insidenser (?). Hvorfor har man ikke for lenge siden gjort meg og mine kolleger oppmerksom på at meldinger ved residiv ikke kreves? Hvor mange skoer med ubrukelige skjema må fylles opp for noen våkner og sier: «Dette har vi ikke bruk for, dette arbeidet kan dere slippe!»

Børge Ytterstad

Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad

Litteratur

1. Cancer in Norway 2005. Cancer incidence, mortality, survival and prevalence. www.kreftregisteret.no/ramme.htm?start.htm [29.11.2007].

Kreftregisteret svarer:

Kreftregisteret har en hoveddatabase fra 1953. Den skal inneholde data basert på kopi av aktuelle patologiremisser og klinisk meldingsskjema om blant annet stadium og behandling ved primærtidspunktet. Gjennom 20 år har Kreftregisteret hatt som høyeste prioritet å bygge opp behandlingskvalitetsregistre for hver kreftform med bl.a. særskilt egnede skjemaer ved residiv og progrediering av hver kreftsykdom. Vi er dessverre ikke kommet langt nok i denne prosessen. Men hva angår hoveddatabase, har Kreftregisteret aldri bedt om klinisk meldingsskjema utover primærdiagnosetidspunktet.

Når det er sendt én melding fra kliniker på et krefttilfelle, er dette tilstrekkelig. Det er bare ved ny primærtumor eller endring av diagnose det skal sendes ny melding. Det er kun patologilaboratoriene som sender kopi av histologirapport ved residiv og metastase. Laboratoriene holder selv oversikt over sin meldeplikt for alle krefttilfeller ved å påføre teksten «Meldt Kreftregisteret» på hver enkelt remisse hvor kreft eller forstadier til kreft er angitt. Det er den lokale IT-leverandøren og legene/sykehuset selv som

er ansvarlig for at «Meldt Kreftregisteret» utløser kaskaden. Denne teksten er ikke ment som en påminnelse til klinikerne. Residivmelding er altså et begrep som ikke eksisterer for klinikerne med hensyn til hoveddatabase.

Kreftregisteret antar at leverandører av journalsystemer enkelte steder ennå ikke har organisert systemet slik at det holder oversikt over tidligere utfylte meldinger. Systemet bør gi oversikt over hva som allerede er innsendt til Kreftregisteret. Hvis kreftsykdommen er rapportert tidligere, bør det være en opsjon for å kunne bekrefte dette og dermed ikke fylle ut nytt skjema. Beregning av insidens er selvsagt basert på krefttilfellene og ikke antall meldinger. Det er viktig at sykehusene og den enkelte lege kommuniserer med egen IT-leverandør for å forbedre rutineene. Regnestykket om antall kliniske residivmeldinger er meget langt fra realiteten og tyder på at Harstad har et svakt punkt i sin pasientjournallogistikk.

Freydis Langmark

Tom Børge Johannesen
Kreftregisteret

Vaksinasjonsstrategien for kikhoste bør revurderes

I 1997 startet et større utbrudd av kikhoste i Norge, særlig blant ungdom og voksne (1). Økningen sammenfalt med innføring av serologisk diagnostikk, som er betydelig mer sensitiv enn dyrking. Mer oppmerksomhet rundt sykdommen har nok også bidratt til at flere tilfeller er diagnostisert og innrapportert, men det er liten tvil om at vi nå har et reelt utbrudd av kikhoste med klassiske svingninger og epidemitopper (2). I 2004 hadde Norge den høyeste forekomsten av kikhoste i Europa (1).

Norge har hatt en vaksinasjonsdekning på over 90 % (3). Vaksineeffekten mot kikhoste varer imidlertid kun i 6–10 år, og flest antall tilfeller forekommer nå i aldersgruppen 10–19 år (1). Norske helsemyndigheter har innført en boosterdose for norske sjuåringer fra 2006, delvis begrunnet i at barn angivelig skal være viktigst som smittespredere til uvaksinerte spedbarn (2). Det er holdepunkter for at denne antakelsen ikke stemmer. En fransk studie fant at aldersgjennomsnittet til smittekilden avhenger av vaksinasjonsdekningen (4). I Paris, med 91 % vaksinasjonsdekning, var gjennomsnittsalderen til smittekilden 23,3 år, mens den i Marseille, med 61 % vaksinasjonsdekning, var 7,4 år (4). I en tysk studie fra et område med svært lav vaksinasjonsdekning var barn smittekilden i flesteparten av tilfellene (4), mens foreldrene var den hyppigste smittekilden i nyere studier fra Storbritannia og USA (1, 5, 6).

Innføring av en boosterdose til norske

sjuåringer er et viktig tiltak for å hindre smitte til uvaksinerte spedbarn, men spørsmålet er om dette er tilstrekkelig. Med den gode vaksinasjonsdekningen i Norge er det grunn til å ta høyde for at også voksne, spesielt foreldre, kan være en viktig smittekilde. Faye-Lund og medarbeidere har nylig rapportert at mor og søsken var de hyppigste smittekilder til kikhoste blant 73 spedbarn ved Ullevål universitetssykehus (3).

I en del land har man innført en boosterdose til ungdom i vaksinasjonsprogrammet, og det diskuteres om også voksne bør revaksineres (1, 6). Også norske helsemyndigheter bør vurdere å innføre revaksinasjon blant ungdom og voksne (1). Norske helsemyndigheter bør vurdere å innføre revaksinasjon også blant ungdom og voksne.

Marius Trøseid

Martin Steinbakk

Akershus Universitetssykehus

Litteratur

1. Dudmann S, Trøseid M, Jonassen TØ et al. Kikhoste – et økende problem i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 305–8.
2. Nøkleby H. Kikhoste – gammel sykdom med ny aktualitet. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 295.
3. Faye-Lund A, Syversen G, Wathne K-O. Kikhoste hos barn. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1938–40.
4. Grimpel E, Baron S, Levy-Bruhl D et al. Influence of vaccination coverage on pertussis transmission in France. Lancet 1999; 354: 1699–1700.
5. Bisgard KM, Pascual FB, Ehresmann RN. Infant pertussis – who was the source? Pediatr Infect Dis J 2004; 23: 985–9.
6. Wendelboe AM, Njamkepo E, Bourillon A. Transmission of Bordetella pertussis to young infants. Pediatr Infect Dis J 2007; 26: 293–9.

Bytte mellom legemidler – nok en gang

I Tidsskriftet nr. 22/2007 påpekte jeg at Statens legemiddelverk åpner for reduserte krav til likeverdighet ved bytte mellom legemidler (1). Når denne endringen har skjedd på tvers av politiske, juridiske, forvaltningsmessige og faglige forutsetninger, forventet jeg at Legemiddelverket hadde klarlagt forholdene rundt endringene og informasjonsvikten. I sitt tilsvare gir imidlertid ikke Madsen & Holmboe noen forklaring på hvorfor ikke helsepersonell ble informert om endrede krav i 2006 (2). De gir heller ingen troverdig avklaring på hva som nå skal legges til grunn når det ikke kreves bioekvivalens. Først henviser de til at bioekvivalensstudier ikke er nødvendige for perorale oppløsninger og intravenøse legemidler (det siste er jeg selvfølgelig enig i), dernest viser de til andre måter å vurdere byttbarhet på: «Det finnes legemidler der kunnskapen om opptaket i kroppen bare er basert på publisert litteratur (bibliografiske søknader), og det finnes legemidler der likeverdighet er påvist gjennom kliniske effektstudier» (2). Slike baserer seg neppe på sammenliknende undersøkelser av legemidlene, siden bioekvivalens ikke nevnes. Sammen-