

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 svarskjemaet 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 arbeidsgaver» 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