

Av ovennevnte grunner finner vi dessverre det presenterte leveårsregnskapet av liten interesse. Artikkelen tvilsomme kvalitet gjør at den ikke burde legges til grunn for generell helseinformasjon.

Steinar Tretli
Rune Kvåle
Eivor Hernes
Kreftregisteret

Litteratur

1. Johansen TEB, Berg C. Hormonbehandling av prostatakreft i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2558–62.

T.E.B. Johansen svarer:

Fosså og medarbeidere redegjør for hvordan hormonbehandling av prostatakreft er ment å skulle praktiseres. Vi beskriver hvordan virkeligheten faktisk er. Økningen i omfang og de store fylkesvise variasjoner viser tydelig at norsk praksis ikke kan følge europeiske retningslinjer. Vår undersøkelse er den første i sitt slag. Resultatene underbygger en økende internasjonal bekymring for overdreven bruk av hormonbehandling og har stor interesse for oss som behandler levende mennesker.

At reseptregisteret ikke kjenner indikasjonen for hormonbehandling, svekker ikke leveårsregnskapet. Det er derimot klinisk urimelig å tro at den økte dødeligheten ved bicalutamid opphører når tumor vokser gjennom kjertelens normale begrensning. Å skille mellom lokalisert og lokalavansert sykdom ved rektal palpasjon er som å kaste mynt og krone. Prostata har dessuten ingen anatomisk kapsel.

Det er viktig å være klar over at de to studiene som leveårsregnskapet bygger på, bruker ulike effektmål. I SPCG-4 (om radikaloperasjon) vurderes dødelighet, i SPCG-6 overlevelse, som faller best ut for bicalutamid. I en større rapport om hormonbehandling der data fra SPCG-6 studien inngår, fant man også redusert overlevelse i bicalutamidgruppen ved lokalisert sykdom (HR 1,16; 95 % KI 0,99–1,37) (1). Ser man på tap av leveår, slik vi har gjort, blir forskjellen høysignifikant. Markedsføringen av bicalutamid ved lokalavansert sykdom har ført til en utbredt feilaktig oppfatning om at adjuvant bicalutamidbehandling er gunstig også ved strålebehandling av lokalisert sykdom.

Justeringen av overlevelsesgevinst bygger hovedsakelig på referanse 14 som er en europeisk studie, sammenliknbar med norske forhold. Fosså og medarbeidere påviser ingen feil i vår artikkel, men det vil være relevant å teste modellen ved en internasjonal presentasjon av leveårsregnskapet.

Fosså og medarbeidere hevder at vi må etterkomme pasienters ønske om å måle prostataspesifikt antigen (PSA). Dette er oppsiktsvekkende. Det er spesialistenes ansvar å gi pasienter og primærleger infor-

masjonsgrunnlag for å velge om PSA skal måles. Vi må ikke gjøre en akademisk problemstilling til et markedsspørsmål, og vi kan ikke overse det store etiske dilemmaet at de fleste urologene som har best kunnskap på området, velger ikke å måle PSA på seg selv. Fosså og medarbeidere fortier betydelige svakheter ved diagnostikk og behandling av prostatakreft.

Med overlevelsesgevinst < 2 % etter ti år faller radikalbehandling av prostatakreft utenfor kriteriene for prioritering i det offentlige helsevesenet. Så lenge helseressursene er begrenset, skyves andre viktige oppgaver til side. Vi må erkjenne tapet av livskvalitet og sannsynlig tap av leveår som følge av vår behandling. At dette kan skape forvirring, er selvsagt intet motargument. Vi må våge å diskutere om PSA-måling i det hele tatt er til gagn for pasientene.

Fosså og medarbeidere tar ikke stilling til alvoret i vår artikkel. Støtte fra en kompakt majoritet øker ikke sannsynligheten for at man har rett. De koordinerte leserbrevene er viktigste for å få igang en diskusjon om spesialistenes forhold til legemiddelindustrien.

Truls E. Bjerklund Johansen
Århus

Litteratur

1. McLeod DG, Iversen P, See WA et al. Bicalutamide 150 mg plus standard care vs standard care alone for early prostate cancer. BJU Int 2006; 97: 247–54.

Stille om ultralyd – en treffende samtidskarakteristikk?

I Tidsskriftet nr. 24/2008 hevder Bjørn Hofmann at ultralydteknologien i dag på ny synes å unnsnippe etisk debatt (1).

Det er uklart hva Hofmann etterlyser. Dersom påstanden er at etisk debatt omkring tidlig ultralyd har vært fraværende, er en alternativ påstand fristende: Få land i verden har her hatt en mer langvarig og pågående debatt! I Sverige og Danmark ser man til Norge når man vil trekke frem et eksempel på et land med heftig etikkdebatt. I 1999 ble et forskningsprosjekt på tidlig ultralyd forsøkt stanset av en helseminister og ikke tilrådd av en etisk komité. Hendelsen avdekket et stort engasjement gjenspeilet i en intens offentlig debatt som vedvarte i flere år. Norge ble så et av de få landene i verden som faktisk lovregulerte såkalt fosterdiagnostisk ultralyd gjennom bioteknologiloven fra 2003 (2). Mens de aller fleste danske, svenske, finske eller islandske kvinner kan få målt nakkefold kombinert med biokjemisk test tidlig i svangerskapet, er adgangen til disse testene begrenset i Norge. Det er nærliggende å se denne annerledesheten som resultat av en langvarig formgivende etikkdebatt.

Det er derfor ikke helt lett å kjenne seg igjen i Hofmanns virkelighetsbeskrivelse.

Det er grunn til mer debatt, synes Hofmann å mene, men gir oss ikke disse grunnene. Det har kanskje vært stille rundt Kunnskapssenterets rapport fra 2008 om kombinert ultralyd og biokjemi (3). Rapporten slo fast at tidlig screening primært gjør det lettere å finne fostrene med Downs syndrom, men overlater til andre å vurdere om det er fornuftig å finne dem eller ei, i og med at dette er et etisk spørsmål. Etikkkapitlet i rapporten, skrevet av Hofmann, gir heller ingen svar, ettersom det kun lister opp etiske utfordringer. Problemet med denne metodiske tilnærmingen til etikk – sett i forhold til anklagen om manglende debatt – ligger i den ansvarsfraskrivende kasting av ballen over til andre. Selve arbeidet gjenstår. *Hvor* er det da debatten skal tas, *hvordan* skal den utløses og iscenesettes og *hvem* skal ta debatten? Kunnskapssenteret har inkludert etisk ekspertise i sine rapporter, trolig fordi etikken til en viss grad bør være integrert i det vi kaller kunnskap. Men hvorfor kunne da ikke Kunnskapssenteret selv ta stilling til ønskeligheten av å tilby kombinert ultralyd og biokjemi til alle gravide? Hvem bør gjøre det i stedet? Uansett hvilken normativ konklusjon Kunnskapssenteret hadde foreslått som den beste ut fra en kombinasjon av fakta og veiting av etiske hensyn, så hadde man da trolig oppnådd mer av det Hofmann etterlyser i sin leder, nemlig etisk debatt.

Berge Solberg
Rune Nydal

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Litteratur

1. Hofmann B. Ultralyd - hva alle så, men ingen hørte. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2816.
2. Bioteknologiloven . Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. www.lovdata.no/all/nl-20031205-100.html [8.1.2009].
3. Reinart LM, Smedslund G, Fretheim A et al. Rutinemessig ultralydundersøkelse i svangerskapet. Rapport nr. 11/2008. Oslo: Kunnskapssenteret, 2008.

B. Hofmann svarer:

Solberg & Nydal kommer med interessante innvendinger mot min lederartikkel der jeg løfter frem Lise Kvandes tankevekkende funn om at etikken ble «ryddet unna» i ultralyddebatten i 1986, og spør om noe tilsvarende skjer i dag.

Når Solberg & Nydal ikke gjenkjenner fraværet av etikkdebatt, kan det være fordi de ikke har lest beskrivelsen godt nok. De har rett i at det har vært en omfattende etikkdebatt om ultralyd i Norge (i perioden 1990–2003), men poenget mitt er at den har stilnet av nå som vi står foran viktige moralske valg. Jeg reiser spørsmålet om hvorfor det er slik, og jeg gir også noen mulige svar.

Solberg & Nydals andre innvendinger av metodisk art og rammer i liten grad inn-