

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.

Gratis HPV-vaksine til unge jenter bør være en menneskerettighet i Norge!

Leder av Norsk senter for menneskerettigheter, Njål Høstmælingen, er av en kollega blitt oppfordret til å se på innføringen av HPV-vaksine i Norge, og vakre er ikke hans betraktninger i Tidsskriftet nr. 5/2009 (1). Han insinuerer at Stoltenberg-regjeringen har vikarierende motiver for å bevilge midler til HPV-vaksine og at Kreftregisteret er i korrupt samrøre med en av produsentene. Dette er drøye påstander. Hva gjør andre land? Jo, de fleste land vi kan sammenlikne oss med, ligger foran Norge i løypa med å innføre HPV-vaksinen i vaksineprogrammet til unge piker. I Norge er vi smålige og gjerrige og vil bare tilby årskull av 12-årige piker gratis vaksine. Unge kvinner blir smittet med humant papillomvirus (HPV) i 15–20 års alder. De fleste land, bortsett fra Norge, tilbyr derfor gratis opphenting av vaksine opptil 17 års alder, Australia helt opp til 26 år, for så å fortsette å vaksinere 12-årskullene. Det er de svake i samfunnet som ikke deltar i cytologiscreeningen og som oftest får livmorhalskreft. Som 12-åringer i skolen kan disse nås med vaksinen. Det er etisk betenkelig å ikke skulle tilby vaksinen gratis. De ressurssterke kunne selv koste den på sine barn, slik jeg selv har gjort, men de som trenger den mest får da ikke vaksinen. Njål Høstmælingen gjentar nå de samme innvendinger som Charlotte Haug har fremført (2), at vi ikke vet om/når det trengs forsterkningsdose, at kreft ikke har vært endepunkt i studiene, og at andre HPV-typer kan ta over.

Vi vet at vaksinen effektivt forebygger forstadier til livmorhalskreft for typene 16 og 18, vi vet at livmorhalskreft utvikles gjennom disse forstadiene, og vi vet at vaksinen virker i minst seks år. Er det etisk forsvarelig å vente i 30–40 år for å se om vaksinen har effekt, og la kvinner i mellomtiden dø unødvendig? Andre typer enn 16 og 18 er sjeldne og spres bare gjennom sex. Derfor er det lite trolig at andre typer tar over. En vaksine som skal beskytte mot ni HPV-typer, er dessuten nå ute i fase 3-studier. I Norge finnes det et fullstendig register over cytologi og kreft, og vi kan følge resultatene av vaksinering bedre enn de fleste land. Derfor har myndighetene i USA bedt Norge om å bidra til forskningen med å følge opp resultatene av vak-

sinen. Det er skammelig å påstå at norske piker av den grunn stilles til rådighet for et stortilt kommersielt forsøksprosjekt.

Harald Moi
Oslo

Litteratur

1. Høstmælingen N. HPV-vaksine – naivt og velment? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 504.
2. Haug C. Prioritering på papiret – og i praksis. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 8: 917.

Misvisende om innføring av HPV-vaksinen

I Tidsskriftet nr. 5/2009 kritiserer Njål Høstmælingen myndighetene for å ha vært velmenende, men naive da de besluttet å innføre HPV-vaksinen (1). Det er etter min mening misvisende.

Jeg vil ikke imøtegå alle de faglige momentene som Høstmælingen trekker frem, for de er grundig nok imøtegått i de dokumentene som ligger til grunn for regjeringens vedtak. Men jeg vil kommentere hans angrep på prosessen som lå til grunn for vedtaket.

Det er ikke riktig at det ikke ble gjennomført en åpen høring. Siden dette ikke var et lovforslag, valgte departementet å holde et åpent høringsmøte istedenfor en høringsrunde blant offentlige organer. Alle som ønsket det fikk anledning til å ytre seg.

Det er heller ikke riktig at beslutningen ble fattet i ekspressfart. Beslutningsprosessen foregikk over flere år og var svært grundig. Saken ble også behandlet i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse-tjenesten. I alle de gruppene som har vurdert vaksinen, kom man til samme konklusjon: at HPV-vaksinen er et effektivt og økonomisk forsvarlig forebyggingstiltak.

Jeg er imidlertid enig med Høstmælingen i at det kan være et demokratisk problem at private næringsinteresser driver lobbyvirksomhet. Jeg er også enig i at det i mange tilfeller kan være vanskelig å oppdage de indirekte virkemidlene som de profesjonelle lobbyistene benytter, for eksempel å få en pårørende eller en velrenommert fagperson til å stå frem i mediene. Det betyr ikke at beslutningstakerne er så naive at de blir lurt. Min erfaring er at politikere har et bevisst forhold til dette.

Som Høstmælingen påpeker, er lobbyisme en fullt lovlig virksomhet. Vår oppgave som statlig myndighet er å sørge for at

beslutningstakerne får en mest mulig åpen og balansert fremstilling og at de får tilgang til opplysninger og argumenter som lobbyistene ikke er interessert i å fremføre. Dette er blitt ivare tatt gjennom den brede faglige ekspertutredningen Folkehelseinstituttet foretok som grunnlag for sin anbefaling om å innføre HPV-vaksinen i vaksinasjonsprogrammet.

Jeg er enig med Høstmælingen i at åpne prosesser reduserer mulighetene for samrøre og konspirasjonsteorier. Jeg kan her avkreffe Høstmælingens egen konspirasjonsteori om at statsministeren skal ha brukt sin søster i et spill for å få Norge til å innføre HPV-vaksinen. Det er riktig at statsministerens søster arbeider i Folkehelseinstituttet, men hun har ikke vært trukket inn på noe nivå i instituttets beslutningsprosess omkring HPV-vaksinen. Det er heller ikke hennes fagområde.

Det er villedende å si at norske jenter nå stilles til rådighet for et stortilt kommersielt forskningsprosjekt. Forskningen som trengs for å innføre vaksinen, er allerede utført. Resultatet er vurdert av europeiske legemiddelmyndigheter og ligger til grunn for vaksinens markedsføringstillatelse. Den oppfølgingen vi gjør i etterkant, er den samme som vi ville gjort – og gjør – ved enhver ny vaksine. Den eneste forskjellen er at for denne vaksinen vil vi først høste gevinsten om 20–30 år, mens vi for de fleste andre vaksiner ser effekten mye raskere.

Geir Stene-Larsen
Folkehelseinstituttet
Oslo

Litteratur

1. Høstmælingen N. HPV-vaksine – naivt og velment? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 504.

N. Høstmælingen svarer:

Spørsmål knyttet til vaksine reiser ofte debatt i Norge, særlig i forhold til effekt og mulige bivirkninger. Tilsvarende er det med spørsmål knyttet til menneskerettigheter, som de siste ukens diskusjoner knyttet til hijab som del av politiuniform, blasfemi og politisk tv-reklame.

Min lille tekst om innføring av HPV-vaksine i gjesteskribentspalten har ført til debatt. Redaksjonen har nå tatt inn to brev til redaktøren, og jeg har fått flere e-poster og kommentarer på de problemstillingene som ble reist i teksten. Og det er bra, for

manglende debatt – og dokumentasjon og åpenhet – er nettopp noe av det jeg kritiserte i mitt innlegg.

Jeg synes begge innleggene som er tatt inn i Tidsskriftet gir godt grunnlag for videre debatt, men dette er en debatt der det er naturlig at andre enn jeg kommer til orde. Jeg har ikke gjort annet enn å komme med innspill fra sidelinjen – det er jus og menneskerettigheter jeg kan noe om. I stedet for at jeg nå kaster meg ut i en presiseringskamp, er det langt mer spennende om nye miljøer og aktører bidrar med innlegg, som for eksempel de følgende:

- Helsesøstre, har dere fått balanserte og godt funderte argumenter å gi nysgjerrige foreldre og barn, slik at dere er forsvarlig forberedt når vaksineringen skal gjennomføres til høsten?
- Kan Krefregisteret si noe om problemstillinger knyttet til forskningsmidler fra vaksineprodusenter og forholdet til kontrolloppgavene?
- Gynekologer, er det tilstrekkelig med avstand mellom finansieringskilder og problemstillinger knyttet til innføring av vaksinen?
- GlaxoSmithKline, kan dere redegjøre for arbeidet med innføring av vaksinen, for eksempel knyttet til møter med Helse- direktoratets saksbehandlere eller ulike andre tiltak som er iverksatt?
- Nasjonalt kunnskapscenter for helse- tjenesten, kan dere gi innspill på prosessen knyttet til rapport nr. 22/2008 om etiske aspekter ved vaksinen og hvilken betydning denne fikk for faglige og politiske beslutninger?
- Departementets jurister, eller eventuelt Regjeringsadvokaten, kan dere orientere om foreldrenes samtykkekompetanse og redegjøre for den barnets beste-vurdering dere skal ha foretatt?
- Politikere, kan dere redegjøre for kostnadene forbundet med innføringen av vaksinen og hvem som bærer disse, og kanskje også informere om den kontakten dere har hatt med fagpersoner og legemiddelindustri?

Det er mange påstander å gripe fatt i, både i mitt innlegg og motinnleggene – og for så vidt også i listen ovenfor, så jeg håper på en engasjert og opplysende debatt fremover!

Njål Høstmælingen
Oslo

Begrensninger ved datagrunnlaget for NORRISK

Norsk risikomodell for kardiovaskulær dødelighet, NORRISK, ble publisert i Tidsskriftet i 2008 (1). Den angir tiårsrisikoen for død av aterosklerotisk hjerte- og karsykdom etter

kjønn, alder, systolisk blodtrykk, serum- total kolesterol og røyking og tenkes anvendt til risikoberegninger for personer uten kjent hjerte- og karsykdom eller diabetes. Dødelighetsratene i modellen er basert på gjennomsnittsdødeligheten i befolkningen, altså både personer med og uten kjent sykdom. Videre er sannsynligheten for å dø av andre årsaker satt til null i modellen. Dermed blir tiårsrisikoen blant personer uten kjent hjerte- og karsykdom eller diabetes noe overestimert med NORRISK. Vi vurderer her disse begrensningene.

Tabell 1 viser tiårs kardiovaskulær dødsrisiko, ujustert slik den inngår i NORRISK (2) og med justering for dødelighet av andre årsaker etter metode for dødelighetstabeller (3). Forskjellen mellom estimert kardiovaskulær dødsrisiko før og etter justering er under ett prosentpoeng i alle grupper. Relativ reduksjon er størst blant de eldste, 5 % for kvinner og 7 % for menn 65 år. Under antakelse om at dødeligheten av andre årsaker er uavhengig av risikofaktorene, har vi også beregnet justert tiårs kardiovaskulær dødsrisiko for forskjellige nivåer av risikofaktorene. Den relative reduksjon etter justering var tilsvarende som over.

For å få et inntrykk av mulige skjevheter fordi dødelighetsratene som inngår i NORRISK er basert på dødeligheten i hele befolkningen og ikke bare på personer uten kjent hjerte- og karsykdom eller diabetes, har vi gjort optellinger av selvrapportert forekomst av disse sykdommene blant personer som deltok i de store befolkningsundersøkelsene i perioden 2000–03 (4). Henholdsvis 16 % og 8 % av 60-årige menn og kvinner rapporterte at de har/har hatt angina pectoris, hjerteinfarkt, hjerneslag eller diabetes. Antar vi at denne forekomsten gjelder blant alle 60-åringer i Norge og at tiårsrisikoen er dobbelt så høy blant personer med kjent hjerte- og karsykdom eller diabetes sammenliknet med «hjertefriske», vil risikoen for «hjertefriske» være henholdsvis 14 % og 8 % lavere enn gjennomsnittsriskoen i normalbefolkningen blant menn og kvinner i denne aldersgruppen. Overestimeringen vil være noe høyere blant 65-åringer.

Beregningene viser at NORRISK overestimerer risikoen noe i de eldste aldersgrup-

pene. Skjevheten er beskjedent i de aktuelle aldersgruppene opptil 65 år.

Randi Selmer
Anja Schou Lindman
Aage Tverdal
Jan I. Pedersen
Marit B. Veierød
Oslo

Inger Njølstad
Tromsø

Litteratur

1. Selmer R, Lindman AS, Tverdal A et al. Modell for estimering av kardiovaskulær risiko i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 286–90.
2. Selmer R, Lindman AS, Tverdal A et al. Modell for estimering av kardiovaskulær risiko i Norge. Appendiks. www.tidsskriftet.no/filer/norrisappen- diks.pdf [2.3.2009].
3. Thomas DC. Basic epidemiologic and statistical principles: Measures of disease frequency and association. Statistical methods in genetic epidemiology. Los Angeles, CA: Oxford University Press, 2004: 67–70.
4. Graff-Iversen S, Jennum AK, Grøtvedt L et al. Risikofaktorer for hjerteinfarkt, hjerneslag og diabetes i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2537–41.

Normale prøver – men ikke frisk

Etter å ha slitt med hypothyreose i fire år, vært aktiv i Norsk thyroideaforbund og hatt bred kontakt med andre som har sykdommen, kan jeg konkludere med at man ikke nødvendigvis er frisk selv om man har «normale prøver». Dette er det store problemet til hypothyreosepasienter, at vi stadig får beskjed fra helsepersonell at vi er friske fordi prøvefunnene er «normale». De mener altså at det må være noe annet som er årsaken til de fysiske og psykiske symptomene.

Om man orienterer seg litt blant pasientene, ser man at dette ikke medfører riktighet. En stor grad av utmattelse, psykiske symptomer og mange fysiske plager kan tilskrives hypothyreose, og sykdommen er svært omfattende for mange. Det er da svært krenkende stadig å få høre fra helsepersonell at man har en psykisk sykdom, og at utmattelsen, mageproblemer, problemer med hukommelsen og annet er forårsaket av depresjon. Behandling som passer for en depressiv tilstand er ikke alltid passende for en plaget hypothyreosepasient.

Det kan være viktigere å energiøkonomisere, fordele aktiviteten utover uken, enn å presse seg. Ofte fører det å ta seg ut med fysisk og sosial aktivitet til kollaps i stedet for økt energi, slik tilfellet er med fysiske friske personer. Ofte får hypothyreosepasienter høre at de har helseangst på grunn av de mange symptomene, fordi man etter læreboken er frisk. Det er på tide at man revurderer denne påstanden.

Øyvind Heggstad
Volda

Tabell 1 Tiårs kardiovaskulær dødsrisiko i befolkningen [%]

Alder	Menn		Kvinner	
	Ujustert	Justert	Ujustert	Justert
40	0,44	0,44	0,11	0,11
50	1,61	1,58	0,46	0,45
55	2,83	2,75	0,90	0,87
60	5,35	5,09	1,87	1,80
65	9,70	9,02	4,05	3,84