

Litteratur

- Zahl P-H. Informasjonen om mammografiscreening er ikke nøytral. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1557–8.
- Tretli S, Ursin G. Overdiagnostikk ved mammografiscreening. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1206.
- Zahl P-H, Strand BH, Maehlen J. Incidence of breast cancer in Norway and Sweden during introduction of nationwide screening: prospective cohort study. BMJ 2004; 328: 921–4.
- Falk RS, Hofvind S, Skaane P et al. Response to comments by Kalager et al. and Zahl et al. Int J Cancer 2013; e-publisert 3.5.2013.
- Paci E, EUROSCREEN Working Group. Summary of the evidence of breast cancer service screening outcomes in Europe and first estimate of the benefit and harm balance sheet. J Med Screen 2012; 19 (suppl 1): 5–13.
- Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. Lancet 2012; 380: 1778–86.
- Citizens' Jury on information for women about breast screening. www.informedchoiceaboutcancerscreening.org/wp-content/uploads/2013/01/OPM-ICCS-Citizens-Jury-FINAL-REPORT-07012013.pdf [18.8.2013].

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 19.8.2013. <http://tidsskriftet.no/article/3041335/>

Mammografiscreening – på tide å flytte fokus

I Tidsskriftet nr. 15/2013 presenterer Zahl nok en gang sine betraktninger rundt mammografiscreening i Norge, der han kommer med påstander om at Kreftregisteret driver bevisst feilinformasjon når det gjelder effekten av screening på brystkreftdødelighet og overdiagnostikk (1). Zahl er tydelig på kollisjonskurs med Kreftregisteret, men det er viktig å få frem at han også er på kollisjonskurs med andre fagmiljøer som jobber med brystkreft og mammografiscreening.

I løpet av det siste året er det blitt publisert studier der man analyserer effekten av europeiske mammografiscreeningsprogram (2), så vel som en stor britisk oversiktsstudie der man blant annet har analysert resultatene fra tidligere randomiserte kontrollerte studier (3). I alle disse konkluderes det med at mammografiscreening nytter. I en nylig publisert kohortstudie fra Norge basert på individdata og 15 års oppfølgingstid, beregner forfatterne en reduksjon i brystkreftdødelighet på 43 % hos kvinner som møter til screening, sammenliknet med inviterte kvinner som ikke møter (4). Disse resultatene er helt i overensstemmelse med resultater fra andre europeiske land.

Nye studier gjort med god metodologi underbygger dermed Verdens helseorganisasjons tidligere konklusjon om at mammografiscreening for 50–69 år gamle kvinner reduserer dødelighet av brystkreft. Dette selv i en tid der både diagnostikk og behandling av brystkreft er blitt mer effektivt enn tidligere.

Norsk Bryst Cancer Gruppe, som er en tverrfaglig gruppe bestående av onkologer, kirurger, patologer og radiologer, konkluderer også med at systematisk mammografiscreening gir en klar reduksjon av brystkreftdødelighet (5). I Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft vurderes effekten av mammografiscreening på redusert brystkreftdødelighet å være på evidensnivå A (6).

Effekten av mammografiscreening synes således å være solid dokumentert. Fokuset fremover bør nå rettes mot hvordan man kan forbedre behandling av brystkreft i tidlig stadium. Hvis man klarer å utvikle biologiske markører som kan si noe om prognosen til den enkelte brystkreftsvulst, kan det i fremtiden bli mulig å behandle enkelte kreftsvulster på en mindre omfattende måte enn det man gjør i dag. Strålebehandling gjøres allerede med mer avanserte teknikker enn før, med lavere risiko for skade av hjerte og lunger. Mer skånsom behandling vil være en viktig faktor for ytterligere å øke fordelene forbundet med mammografiscreening.

Solveig Roth Hoff
soroehoff@gmail.com

Solveig Roth Hoff (f. 1970) er radiolog og seksjonssjef ved Brystdiagnostisk senter, Klinikk for diagnostikk, Helse Møre og Romsdal. Oppgitte interessekonflikter: Forfatter er leder i Nasjonal rådgivningsgruppe for Mammografi-programmet, som er en tverrfaglig, bredt sammensatt gruppe som gir råd om gjennomføring og administrasjon av Mammografi-programmet.

Litteratur

- Zahl PH. Informasjonen om mammografiscreening er ikke nøytral. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1557–8.
- Paci E, Group EW. Summary of the evidence of breast cancer service screening outcomes in Europe and first estimate of the benefit and harm balance sheet. J Med Screen 2012; 19 (suppl 1): 5–13.
- Marmot MG, Altman DG, Cameron DA et al. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. Br J Cancer 2013; 108: 2205–40.
- Hofvind S, Ursin G, Tretli S et al. Breast cancer mortality in participants of the Norwegian Breast Cancer Screening Program. Cancer 2013; 119: 3106–12.
- Norsk bryst Cancer Gruppe. Blåboka. www.nbcg.no/nbcg.blaaboka.html [20.8.2013].
- Helsedirektoratet. www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-diagnostikk-behandling-og-oppfolging-av-pasienter-med-brystkreft/Sider/default.asp [20.8.2013].

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 20.8.2013. <http://tidsskriftet.no/article/3041335/>

P-H. Zahl svarer:

Ursin, Hofvind og Hoff diskuterer ikke totaldødelighet, men brystkreftdødelighet, som er noe annet. Dette siste er et skjevt endepunkt fordi det ikke tar høyde for at mange kvinner dør av overbehandling.

Kreftregisteret hevder at min forskning er «resultater tuftet på åpenbare metodefeil (2–4)». Deres referanser 2–4 er for det første leserbrev der de hevder at min forskning er basert på gal bruk av metoder (det samme som de sier her), og inneholder ingen dokumentasjon av deres påstand. Referanse nummer 4 er svar på kritikk av en av deres artikler og ikke av min forskning. Det er ureddelig å bruke referanser på en slik måte. Jeg har for øvrig en doktorgrad i statistiske metoder og min kritiske forskning av mammografiscreening er publisert i *British Medical Journal* (1), *Lancet* (2) og andre vitenskapelige tidsskrifter med høy prestisje. Mine resultater om overdiagnostikk er for øvrig reproduert av Kalager og medarbeidere i *Annals of Internal Medicine* i 2012 (3). Det er meningsløst å hevde at disse tidsskriftene publiserer artikler som har åpenbare metodefeil.

Kreftregisteret har derimot publisert mye kritikkverdige forskning. Jeg har nylig publisert en metodeartikkel i *British Journal of Cancer* om hvordan man skal beregne overdiagnostikk (4). Her viser vi hvordan Kreftregisteret med kreativ bruk av statistikk regner ut overdiagnostikk av brystkreft slik at det blir en tredel av det som leger flest forstår med overdiagnostikk.

Solveig Roth Hoff konkluderer med at «effekten av mammografiscreening synes således å være solid dokumentert». Etter regelmessig mammografiscreening av over 100 millioner kvinner over 40 år diskuterer man fremdeles om mammografiscreening reduserer dødeligheten (5). Dette kan bare fortolkes på én måte: Effekten er så liten at den knapt kan dokumenteres med vitenskapelige metoder. Til sammenlikning trengte man bare å studere 150 pasienter over to år for å overbevise leger om nytten av medisinsk behandling av høyt blodtrykk (6). Ulempene er derimot formidable: Rundt 4 % av alle norske kvinner får nå helt unødvendig strålebehandling i fem uker og antiøstrogenbehandling i fem år som følge av overdiagnostikk.

Til slutt vil jeg kommentere at Kreftregisteret ikke forsvarer sin hemningsløse overdrivelse om at mammografiscreening redder to liv for hver kvinne som blir overdiagnostisert. Dette er propaganda og ikke nøytral informasjon.

Per-Henrik Zahl
per-henrik.zahl@fhi.no

Per-Henrik Zahl (f. 1961) er dr.med. og lege ved Nasjonalt folkehelseinstitutt. Oppgitte interessekonflikter: Forfatter er betalt av Norges forskningsråd for å evaluere nytten av mammografiscreening.

Litteratur

- Jørgensen KJ, Zahl PH, Gøtzsche PC. Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark: comparative study. BMJ 2010; 340: c1241.

>>>

- Zahl PH, Gøtzsche PC, Mæhlen J. Natural history of breast cancers detected in the Swedish mammography screening programme: a cohort study. *Lancet Oncol* 2011; 12: 1118–24.
- Kalager M, Adami H-O, Bretthauer M et al. Overdiagnosis of invasive breast cancer due to mammography screening: results from the Norwegian screening program. *Ann Intern Med* 2012; 156: 491–9.
- Zahl P-H, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Overestimated lead times in cancer screening has led to substantial underestimation of overdiagnosis. *Br J Cancer* 2013; e-publisert 20.8.2013.
- Welch HG. Screening mammography—a long run for a short slide? *N Engl J Med* 2010; 363: 1276–8.
- Effects of treatment on morbidity in hypertension. Results in patients with diastolic blood pressures averaging 115 through 129 mm Hg. *JAMA* 1967; 202: 1028–34.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 12.9. 2013. <http://tidsskriftet.no/article/3041335/>

Økende internasjonalisering og motivasjon

I Tidsskriftet nr. 15/2013 har Gjersvik en god litteraturliste i en lederartikkel om karakterer i medisinstudiet (1), men han mangler referanser for et av kjerneargumentene for å endre karaktersystem ved medisinstudiet i Oslo. Hvordan kan vi vite at flere og flere av de norske studentene i fremtiden vil søke jobb utenfor Norge? Og tror vi at norske beståttleger vil bli arbeidsløse når A-leger fra inn- og utland strømmer inn over grensene?

Det er også vanskelig å forstå hva eventuelle langtidseffekter av karakterfastsettelse skal være. Er man bekymret for at bestått-legene lettere skal glemme sitt pensum og at de etter 20 år skal være mindre kunnskapsrike enn A-legene? Nå har vi rundt 3 000 leger som er uteksaminert med beståttkarakter i Oslo. Jeg tror deres genuine kunnskapstørst, som Gjersvik fremholder, er en motivasjon mer verdt enn gode karakterer.

Gudmund Myhren
gudmund@gudmund.net

Gudmund Myhren (f. 1982) er student ved Det medisinske fakultet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Gjersvik P. Bestått/ikke-bestått – en historisk parentes? *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 1549.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 21.8. 2013. <http://tidsskriftet.no/article/3040775/>

Måler vi det vi bør måle?

I kva grad fortel karakterer frå prøver om faktisk kunnskap, haldningar og ferdigheiter hos studenten? Og er dette kunnskap, haldningar og ferdigheiter folk som tilset legar ser på som relevante for den jobben dei skal utføre? I eit innlegg i Tidsskriftet nr. 15/2013 ønsker Gjersvik at vi skal ha det litt meir «slik det er i utlandet» (1). Eg har det siste semesteret vore Erasmus-student i «utlandet», avdeling Innsbruck, der eg har hatt kontakt med andre medisinstudentar frå rundt omkring i Europa. Det verkar å vere særskilt stor skilnad i bedømming av studentar. Dette går både på type eksamenar, nivå og karaktersettning.

Den ordinære medisineksamenen i Innsbruck er til dømes årlege multiple choice-eksamenar. Ingen av desse til saman fem eksamenane dømmer studenten i klinisk dugleik eller i særleg grad klinisk tenking. Andre utanlandsstudentar fortel om gode standardiserte prøver som dei opplever skil godt mellom sentrum og periferi i faget. Sjølv hadde eg to muntlege spesialeksamenar fordi eg var utanlandsstudent. På min eksamen i augejukdommar fekk eg to stikkords-spørsmål før «der Professor» var lei og gav meg toppkarakter etter tre minutt. Eg kjem sjølvstilt til å legge ved denne karakteren når eg søker turnus – sjølv om den ikkje er verdt skrivemaskinpapiret den er skriven ut på.

Ein treng dessverre å studere i utlandet for å oppleve variabel eksamensavvikling. Gjersvik har sjølv gått gjennom rundar med OSCE-eksamensforma i hud på 6. semester. Kvifor? Jo, eksamen er vanskeleg! Gjersvik synest å bruke OSCE og klinikkeksamenar i Noreg så vel som i utlandet som «validitets- og reliabilitetsvitne». Han hevdar at karakterar er reliable og valide og gir eit godt screeningverktøy for tilsetjing av nye legar. Eg er ikkje så fullt så sikker på det. Sjølv har eg sett lite reliabilitet og mykje variabilitet.

Gledeleg nok har eg også erfart at studiekvaliteten i Oslo er godt over gjennomsnittet. Eg er stolt over å studere ved Universitetet i Oslo og eg takkar både Gjersvik og andre gode professorar og lektorar for god undervisning og tilbakemeldingspraksis.

Det Gjersvik bruker som argument for karakterar er akkurat det same som eg bruker **mot** karakterar. Som student i Oslo har eg hatt glede av å ha Gjersvik i terminen om hud. Eg har hatt stor sans for den pedagogiske tankegangen hans og ynskjet om å utdanne legar som tenker kritisk og kan vurdere mellom ulike og til dels motstridande funn. Men: Karakterane må måle det som er viktig for å kunne «trøste, lindre og nokon gongar helbrede». Prøvene må vere nokonlunde like slik at det er mogleg å samanlikne meg og dei som eg konkurrerer mot. Eg meiner vi ikkje er der. Slik eg ser det, er det to alternativ for å komme dit: Vi tek karakterar med ein klype salt og konkurrerer ut ifrå andre kriterium om jobbane, til dømes referansar, intervju og arbeidserfaring. Eller så kan Gjersvik og kollegaene hans innføre fleire «kontinentale» treminuttseksamenar.

Egil Romslo Schistad
egil_schistad@hotmail.com

Egil Romslo Schistad (f. 1983) er medisinstudent ved Universitetet i Oslo, for tiden på utveksling i Innsbruck, Østerrike. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Gjersvik P. Bestått/ikke-bestått – en historisk parentes? *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 1549.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 22.8.2013. <http://tidsskriftet.no/article/3040775/>

Er innføring av karakterer veien å gå?

Vi i Medisinsk fagutvalg i Oslo (MFU) ønsker å besvare Gjersviks leder i Tidsskriftet nr. 15/2013 (1), fordi vi mener den gir et feil bilde av behovet for karakterer.

Etter Oslo 96-reformen gikk man i medisinstudiet fra å bruke karakterer til vurderingen bestått/ ikke bestått. Ønsket var å satse mer på samarbeid, utfyllende tilbakemeldinger og studentenes motivasjon for læring.

Medisinsk fakultet ved Universitetet i Oslo gjennomgår nå en revisjon av studieplanen. Under denne revisjonen er det igjen en diskusjon om behovet for karakterer. Både blant studentene og professorene er det uenigheter om bruk av karakterer. Studentene står svært samlet i denne saken. En undersøkelse gjennomført av Medisinsk fagutvalg i Oslo viste at blant de 865 medisinstudentene som besvarte undersøkelsen, var 80 % mot innføring av graderte karakterer.

80 % av studentene svarte at en innføring av karakterer vil gi mer stress i studiehverdagen, 77 % av studentene mente at innføring av karakterer ville føre til negativ konkurranse og 70 % mente det ville gi et dårligere studiemiljø. Dette er bekymringer som det medisinske fakultet bør ta hensyn til. Ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo kreves det minst 65 % rett for å bestå. Derfor tilsvare bestått minimumkarakteren C. Hvis det innføres graderte karakterer og det er et ønske om å beholde samme beståttgrense, betyr det at karakteren E ved Universitetet i Oslo vil sidestilles med C ved andre universiteter. Dette gir studentene i Oslo et dårligere utgangspunkt for videre karriere enn studenter fra utlandet og de andre studiestedene i Norge. Innføring av karakterer sies å være

>>>