› Gi respons på artikler gjennom artiklenes kommentarfelt på *tidsskriftet.no*. Innleggene publiseres fortløpende på Tidsskriftets nettside og et utvalg av innleggene publiseres også i papirutgaven i spalten «Brev til redaktøren». Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvarsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.

Re: Overbehandling, underbehandling eller riktig behandling?

Hvordan vurderer Legeforeningen helse- og omsorgsministerens forslag angående omskjæring av friske guttebarn straks etter fødselen, uten medisinsk indikasjon og i regi av det offentlige helsevesenet (1)? Er dette over- eller underbehandling? Eller riktig behandling?

Ulf Maxhall
maxdose@live.com

Ulf Maxhall (f. 1943) er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin, pensjonert kommuneoverlege og vikarlege ved Unidoctor as.
Ingen oppgitte interessekonflikter

Litteratur

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Trygge rammer for omskjæring av gutter. http://regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2014/Trygge-rammer-for-omskjaring-av-gutter.html?id=753773 (22.3.2014).

H. Gjessing svarer:

Legeforeningen mener i utgangspunktet at omskjæring er et unødvendig inngrep på en frisk kropp og at det derfor ikke er en helsetjeneste. Omskjæring bør bare skje på medisinsk indikasjon eller ved samtykke fra personen det angår. Prinsipielt mener vi at det bør forbys på små barn som ikke kan bestemme selv, og vi har bedt departementet om en utredning vedrørende aldersgrense.

Legeforeningen mener at de som samtykker til selv å få utført omskjæring, må være over helserettslig myndighetsalder, altså fra fylte 16 år. Selve inngrepet må foretas av kompetent lege og under forsvarlige forhold, og vi har argumentert mot at det innføres som en del av den offentlige helsetjenesten.

Se også Legeforeningens nettsak om spørsmålet, med brev til departementet vedlagt i saken (1).

Hege Gjessing
hege.gjessing@legeforeningen.no

Hege Gjessing (f. 1972) er president i Den norske legeforening.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Omskjæring ikke del av offentlig helsetilbud. http://legeforeningen.no/Nyheter/2014/Omskjaring-i-sentralstyret/ (30.4.2014).

Re: Overbehandling, underbehandling eller riktig behandling?

Temaet overbehandling fortjener en bred debatt (1), særlig når det gjelder behandling av friske mennesker med en eller flere risikofaktorer. Med nye amerikanske og europeiske retningslinjer som omhandler forebygging av hjerte- og karsykdom, vil flertallet som har passert 50 år være risikanter per definisjon og følgelig bli anbefalt medikamentell intervensjon. Dette diskuteres også i artikkelen om polypillen i Tidsskriftet (2). Begrepet ble første gang brukt i en *BMJ*-artikkel fra 2003 der forfatterne ut fra statistiske beregninger postulerte at man ved å kombinere flere legemidler og folat kunne oppnå en beregnet risikoreduksjon for kardiovaskulære hendelser på inntil 80 % (3).

Det er grunn til å minne om at året etter kom en artikkel i samme tidsskrift der man gjorde tilsvarende beregninger med hensyn til effekten av kostendring og kalte dette «polymeal» (4). Ved å innta fet fisk, rødvin, mandler, hvitløk, mørk sjokolade og 400 gram grønnsaker og frukt per dag beregnet forfatterne at risikoreduksjonen var 76 %, langt mer smakelig og med mindre bivirkninger!

Tidligere hadde intervensjonsstudier som *Lyon Heart Study* vist betydelig risikoreduksjon i sekundærforebygging med middelhavskost (5). I sin doktoravhandling har Halfdan Petursson pekt på at hvis fastleger fulgte dagens retningslinjer til punkt og prikke, ville det kunne destabilisere helsevesenet på grunn av forbruket av tid og penger (6).

Behovet for en åpen debatt og kunnskap om ikke-medikamentell intervensjon er stor. *Aktivitetshåndboken* (7) fra Helsedirektoratet er et godt bidrag i denne sammenheng og bør ligge på fastlegenes skrivebord ved siden av *Felleskatalogen*.

Stig Bruset
stigab@online.no

Stig Bruset (f. 1955) er fastlege ved Regnbuen legekontor.
Ingen oppgitte interessekonflikter

Litteratur

1. Gjessing H. Overbehandling, underbehandling eller riktig behandling? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 577.
2. Sandli OK, Spigset O, Slørdal L. Polypillen – et alternativt konsept i kardiovaskulær profylakse. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 632–4.
3. Wald NJ, Law MR. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80 %. BMJ 2003; 326: 1419.
4. Franco OH, Bonneux L, de Laet C et al. The Polymeal: a more natural, safer, and probably tastier (than the Polypill) strategy to reduce cardiovascular disease by more than 75 %. BMJ 2004; 329: 1447–50.
5. de Lorgeril M, Renaud S, Mamelle N et al. Mediterranean alpha-linolenic acid-rich diet in secondary prevention of coronary heart disease. Lancet 1994; 343: 1454–9.
6. Pétursson H. The validity and relevance of international cardiovascular disease prevention guidelines for general practice. PhD dissertation. Trondheim: Department of Public Health and General Practice, Norwegian University of Science and Technology, 2012.
7. Aktivitetshåndboken. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.

Re: Overbehandling, underbehandling eller riktig behandling?

Hege Gjessing skriver «Det har blitt hevdet at overbehandling er mer skadelig for den norske befolkning enn underbehandling. Budskapet gjør meg bekymret, fordi det ligger en negativ antydning om lemfeldig arbeid i det.» (1) Videre skriver Gjessing: «Jeg argumenterte for at temaene er relevante, men at det til dels er lite dokumentasjon som underbygger påstandene.»

Overbehandling (og behandling basert på et uvitenskapelig grunnlag) har vært et problem i ualminnelige tider. Prostatakreftbehandling er et godt eksempel og litteraturen er full av andre eksempler. Jeg tror problemet er at leger er lite interesserte i å ta tak i problemstillingen fordi de har interessekonflikter. Hvis de ikke diagnostiserer og behandler pasienter, så tjener de mindre penger. Dette er ikke bare et problem i USA eller for private aktører, men også for offentlige leger i et system med stykkprisbehandling.

Autopsistudier viser at kjertler i kroppen (bryst, prostata, thyreoidea, bukspyttkjertelen mm) er fulle av små svulster som aldri blir til klinisk kreft. Også andre organer (lunger, livmor, mm) er fulle av små sovende svulster, som kan oppdages med bedre diagnostikk. I løpet av 50 år har det blitt dobbelt så mye kreft i Norge

>>>

– mer enn 50 % får i dag en kreftdiagnose i løpet av livet – mens dødeligheten er uforandret (2). Siden det ikke har skjedd noen stor revolusjon i kreftbehandling, og siden eksponering for virus, bakterier og andre ytre faktorer som kan gi kreft i dag er mindre enn for 50 år siden, vil jeg påstå at dette per definisjon er overdiagnostikk (3). Det vil si at rundt en firedel av befolkningen blir overbehandlet for kreft i dag, eller rundt halvparten av pasientene. For andre sykdommer som depresjon og ADHD, er overbehandling et enda større problem (4, 5) – her er mer enn halvparten overbehandlet.

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

Per-Henrik Zahl (f. 1961) er forsker ved Folkehelseinstituttet.
Ingen oppgitte interessekonflikter

Litteratur

1. Gjessing H. Overbehandling, underbehandling eller riktig behandling? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 577.
2. The NORDCAN project. www-dep.iarc.fr/NORDCAN/english/frame.asp (28.4.2014).
3. Welch HG, Black WC. Overdiagnosis in cancer. J Natl Cancer Inst 2010; 102: 605–13.
4. Editorial board. An Epidemic of Attention Deficit Disorder. New York Times 18. dec 2013. www.nytimes.com/2013/12/19/opinion/an-epidemic-of-attention-deficit-disorder.html?_r=0 (28.4.2014).
5. Keshavarz H, Fitzpatrick-Lewis D, Streiner DL et al. Screening for depression: a systematic review and meta-analysis. CMAJ Open 2013; 1: E159–67.

Re: VAS – visuell analog skala

Det er fortjenstfullt at Kashif Waqar Faiz i nr. 3/2014 av Tidsskriftet omtaler VAS (= visual analog scale) og andre smertegraderingsredskaper (1). Slike verktøy har stor utbredelse og er nyttige. Det hadde derfor vært fint med en mer omfattende og nøyaktig omtale.

For det første er både illustrasjon og omtale av VAS feil. VAS-linjalen er en ikke-gradert skala der pasienten angir sin smerte et sted mellom «ingen smerte» til «verst tenkelig smerte». Undersøkeren leser deretter av mer «nøyaktige smerteangivelse» på baksiden av linjalen ved hjelp av skyvelær. Angivelse av smerte blir mer sensitiv enn på en forhåndsgradert smerteskala (4,3 i stedet for 4). I klinisk praksis er VAS-linjal lite brukt (2).

NRS (= numeric rating scale) er mer vanlig. Pasienten angir sin smerte på en linjal som er gradert fra 0 til 10. Også her er ytterpunktene «ingen smerte» og «verst tenkelig smerte». NRS og VAS er ganske like, men med mer statistisk styrke hos VAS (3, 4).

Andre smertegraderingsverktøy er bildeskala, for eksempel med ansiktsuttrykk til barn, og kategoriskala (VRS = verbal rating scale), hvor pasienten velger mellom fem adjektiver som beskriver grad av smerte. Faiz anbefaler benevnelsen VKS.

Min erfaring er at de fleste sykepleiere og leger i praksis bruker VNRS (verbal numeric rating scale), som Faiz velger å kalle VNS. Man graderer smerte uten bruk av noe redskap. Pasienten blir spurt hvor vondt han har, på en skala fra 0 til 10.

Tallmessig angivelse av subjektiv smerteopplevelse kan være problematisk. Kritisk holdning til bruk av tall er derfor viktig: NRS = 5 hos en person tilsvarer ikke «like mye smerte» som 5 hos en annen. NRS = 6 er ikke dobbelt så mye som 3 (5).

Våre smerteangivelser bør også vurderes ut fra kontekst: Er situasjonen preget av trygghet og tillit eller utrygghet og angst? Pasienter kan uttrykke seg på mange måter: «Hvis 10 er den verste smerten, da har jeg sikkert 14!»

«Moderat smerte» beskrives med verdier > 3 (mean verdi på 4,9). «Intens smerte» (severe) er smerte over 5,4 (mean verdi på 7,5) (6).

I smerteforskning kan en statistisk signifikant endring i NRS eller VAS likevel være irrelevant rent klinisk. En reduksjon må være rundt 30 % for å oppleves meningsfull (7).

Konklusjonen blir altså at smertegraderingsverktøy er nyttig i forskningssammenheng og for å følge smerteutvikling hos den enkelte pasient. Men i kliniske sammenhenger bør verktøyet brukes med kritisk sans. Det er fortsatt nyttig (og lovlig!) med klinisk vurdering både av funksjon og smerteatferd. Dette gjelder særlig der man vurderer å gjøre vesentlige endringer i smertebehandlingen.

Jan Kolflaath
ja-kolfl@online.no

Jan Kolflaath (f. 1947) er overlege ved Smerteseksjonen, SØ, Fredrikstad.
Ingen oppgitte interessekonflikter

Litteratur

1. Faiz KW. VAS – visuell analog skala. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 323.
2. Rowbotham DJ, Macintyre PE. red. Acute Pain. Bd. 1 i serien Clinical Pain Management. London: Arnold, 2003
3. Moore A, Moore O, McQuay H et al. Deriving dichotomous outcome measures from continuous data in randomised controlled trials of analgesics: use of pain intensity and visual analogue scales. Pain 1997; 69: 311–5.
4. Mantha S, Thisted R, Foss J et al. A proposal to use confidence intervals for visual analog scale data for pain measurement to determine clinical significance. Anesth Analg 1993; 77: 1041–7.
5. Max UB, Laska EM. Single-dose analgesi comparisons. I: Max MB, Portnoy RK, Laska E, red. The design of anangesic clincal trials. Bd. 18. New York, NY: Raven Press, 1991: 55–95.
6. Collins SL, Moore RA, McQuay HJ. The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimetres? Pain 1997; 72: 95–7.
7. Farrar JT, Young JP Jr, LaMoreaux L et al. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. Pain 2001; 94: 149–58.

Re: Strukturert e-journal

Bjugn og medarbeidere diskuterer i Tidsskriftet (1) behovet for en strukturert elektronisk patologirapport og refererer til et prosjekt fra Ontario, Canada. I artikkelen konkluderer forfatterne med at Helsedirektoratet bør inngå et samarbeid med College of American Pathologists for å integrere en norsk utgave av den amerikanske løsningen for elektronisk patologirapportering i norske elektroniske pasientjournalsystemer. Vi støtter forfatterne i at en større strukturering av patologiremissen er nødvendig, men vi tror ikke dette skal gå via import av en amerikansk løsning.

Det pågår allerede et stort arbeid nasjonalt med standardisering og strukturering av den elektroniske journalen, bl.a. gjennom e-Helse-satsingen i Helsedirektoratet. Den norske patologforening er aktiv i arbeidet med standardisering og kvalitetssikring av patologdata, bl.a. gjennom en nylig oppdatering av *Veileder i biopsibesvarelse av maligne svulster* (2).

Kvalitetsutvalget i foreningen jobber nå med en oppgradering av kodeverket SNOMED, kodeverket som benyttes ved norske patologiavdelinger, noe som vil bidra til en ønsket strukturering av patologiremissene.

Hassell og medarbeidere (3) har sett på erfaringer fra fire patologilaboratorier i tre forskjellige amerikanske stater med de amerikanske elektroniske malene utarbeidet av College of American Pathologists. Forfatterne oppsummerer erfaringene med en standardisert avkrysning i en patologremisse som særlig nyttig for kreftregistrene, og ikke fullt så nyttig for patologer eller klinikere.

Patologiremissene er primært et verktøy for at klinikere kan planlegge riktig behandling. I tillegg til histopatologisk informasjon inneholder dagens patologiremisse også informasjon om genetikk, proteomikk og epigenetikk, bl.a. for å kunne bidra til en persontilpasset kreftbehandling. Det er viktig at en strukturering av patologiremissen er robust og fleksibel nok til å bidra til både diagnose, prognose og riktig terapi.

Kvalitetsutvalget i Den norske patologforening jobber videre med økende standardisering gjennom diagnostiske maler, slik at patologiremissene blir mer strukturerte. Foreningen skal også i samarbeid med Helsedirektoratet jobbe videre med kodeverket. Dette vil være nyttig for kvalitetssikring av patologidata i Kreftregisteret, andre registre og som et ledd i egen intern kvalitetssikring.

>>>