

ignorert av både leger og helsemyndigheter – helsemyndighetene tok utgangspunkt i de studiene som viste 30 % reduksjon i brystkreftdødelighet (1). Metaanalyse viste heller ingen reduksjon i hverken total kreftdødelighet eller i total dødelighet (7). Lazlo Tabar, som ledet den svenske studien, har tjent minst 125 millioner kroner på sin forretningsvirksomhet innen mammografi (10), og hverken han eller andre med økonomiske interesser innen screening oppgir dette. I dag bør man spørre hvorfor man valgte å stole på de minst pålitelige studiene, og hvorfor man ikke diskuterte de store økonomiske interessekonflikter som ligger bak mammografiscreening.

Man bør også stille samme krav til mammografiforskning som til farmasøytisk industri. Data skal være allment tilgjengelig, og forskningen skal være etterprøvbart. De svenske data er hemmelige (7). Statistiske analyser bør være transparente og rimelige. Randomiserte studier er transparente, men senere har det kommet et stort antall kompliserte epidemiologiske analyser som viser at all reduksjon i dødelighet av brystkreft skyldes mammografiscreening, og at det ikke er noen effekt av bedre behandlingen (11). Dette er ikke rimelig, og jeg tror knapt noen leger forstår de statistiske analysene som disse studiene bygger på.

Helsetiltak bør bygge på pålitelig studier og transparente statistiske analyser, og forskeres økonomiske interesser i screening må offentliggjøres.

Per-Henrik Zahl

per-henrik.zahl@fhi.no

Per-Henrik Zahl (f. 1961) er lege og statistiker ved Folkehelseinstituttet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Fønnebø V. Mammografiscreening bør avvikles. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1127.
2. Autier P, Boniol M, Gavin A et al. Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality database. BMJ 2011; 343: d4411.
3. Autier P, Boniol M, Middleton R et al. Advanced breast cancer incidence following population-based mammographic screening. Ann Oncol 2011; 22: 1726–35.
4. Dødelighet og dødsårsaker i Norge gjennom 60 år 1951–2010. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, rapport 2012: 4.
5. Tabár L, Fagerberg CJ, Gad A et al. Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. Randomised trial from the Breast Cancer Screening Working Group of the Swedish National Board of Health and Welfare. Lancet 1985; 1: 829–32.
6. Shapiro S, Venet W, Strax P et al. Ten- to fourteen-year effect of screening on breast cancer mortality. J Natl Cancer Inst 1982; 69: 349–55.
7. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev 2013; 6: CD001877.
8. Miller AB, Wall C, Baines CJ et al. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. BMJ 2014; 348: g366.
9. Andersson I, Aspegren K, Janzon L et al. Mammographic screening and mortality from breast cancer: the Malmö mammographic screening trial. BMJ 1988; 297: 943–8.
10. Miller AB, Wall C, Baines CJ et al. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. BMJ 2014; 348: g366.
11. Weedon-Fekjær H, Romundstad PR, Vatten LJ. Modern mammography screening and breast cancer mortality: population study. BMJ 2014; 348: g3701.

Re: Hvorfor blir jeg ikke sitert?

Hem har en artig kommentar om sitering (1), og han er ikke alene om å være skuffet. For mange år siden sendte noen av oss en artikkel til Lancet om effekten av trusler mot leger (2). Vi var henrykte over at den ble akseptert, men den har nesten ikke blitt sitert (16 siteringer i Google Scholar). En «back-of-the-envelope-analyse» om fremtidig legemangel vi publiserte i Tidsskriftet fikk derimot Stortinget til å vedta utbygging av pre-klinikk i Trondheim (3).

Hem fremhever salige Gregor Mendel som en forsker som ikke ble forstått av sin samtid, men kanskje fortjente han ikke bedre. Han er trolig et tidlig eksempel på fusk i forskningen (4). Hans teori om arvelover var korrekt nok, men tallene var trolig pyntet på for

å overbevise leserne om lovmessigheten. Han hadde for få observasjoner til å få så «pene» tall som han publiserte.

Verden er evig urettferdig.

Ivar Sønbo Kristiansen

i.s.kristiansen@medisin.uio.no

Ivar Sønbo Kristiansen (f. 1947) er professor ved Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hem E. Hvorfor blir jeg ikke sitert? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 807.
2. Kristiansen IS, Førde OH, Aasland O et al. Threats from patients and their effects on medical decision making: a cross-sectional, randomised trial. Lancet 2001; 357: 1258–61.
3. Eknes KG, Kristiansen IS. Tilgang på leger i Norge. Bør vi øke utdanningen av medisinerne? Tidsskr Nor Legeforen 1991; 111: 723–6.
4. Benestad HB. Vitenskapelig uredelighet – alvorlig, forsettlig eller grovt uaktsomt? Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 515–6.

Re: Kan leger ledes?

Politimeister Ole Bredrup Sæverud spør i sitt siste spørsmål om korleis ein kan få ein lydige organisasjon (1). Eg trur denne formuleringa har i seg essensen av kvifor kunnskapsarbeidarar må og bør leiast annleis enn andre. Kvifor etterspør du lydndad istadenfor lojalitet? Lydnaden er blind – lojaliteten alltid tenkande, alltid klar til å vurdere den einskilde situasjonen – kvalitetar du so rett ser behov for i helsevesenet som i politivesenet. Likevel endar du opp med å spørje etter lydndad.

For ein leiar gjer lydndad den rutineprega dagen lett. Men den dagen det brenn? Lojaliteten er det som får ein organisasjon til å fungere. Lojalitet til verdiar og mål for tenesta. Lojaliteten er ikkje u lydige, like lite som den er blind. Klarar politimeistaren å svare på kvifor han ynskjer seg lydndad foran lojalitet, so kjem vi kanskje litt nærmare dei skilnadane i tenkemåte som so sterkt synest å skilje kunnskapsarbeidaren frå leiaren – i politivesenet som i helsevesenet.

Jan Schille

janschille@hotmail.com

Jan Schille (f. 1983) er kommunelege og arbeider ved Bokn legekantor. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Sæverud OB. Kan leger ledes? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1204.

Re: Legemiddelassistert rehabilitering – viktig behandling med dilemmaer

«Generelt bør det derfor være et mål å holde flest mulig i behandling,» skriver Skeie og medarbeidere i denne kronikken om Legemiddelassistert rehabilitering (1). Sannsynligvis avslutter mange behandlingen fordi det ikke er tilstrekkelig med medisiner for dem i programmet. Jeg mener Dolcotin og Substitol skulle vært innført, men det virker som om man er livredd for at pasientene skal få litt eufori. Dolcotin og Substitol tar mye av «nervene», og da slipper man problemet med at pasienter ber om mye benzodiazepiner. Jeg tror mange av dem som slutter i LAR gjør det fordi LAR-medisin ikke hjelper mot angst/nerver.

Rune Helgesen

hggronnerud@online.no

Rune Helgesen (f. 1962) er miljøterapeut i Gjøvik kommune. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Skeie I, Clausen T, Bukten A. Legemiddelassistert rehabilitering – viktig behandling med dilemmaer. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1156–8.

>>>