

skrevet av seks onkologer og fire urologer. De europeiske retningslinjene er skrevet av ti urologer, to onkologer og en som har begge spesialitetene. Alle er internasjonale, faglige autoriteter.

I 1988 ble ledende amerikanske fagpersoner enige om at radikal prostatektomi og radikal strålebehandling var likeverdige behandlinger (10). Det ble etter hvert klart at det kun var et ønske om fordragelighet som bar påstanden. Dette var ikke pasientene tjent med, og i 2015 fjernet EAU referansen fra sine retningslinjer i erkjennelse av at det er gjennom meningsbrytning og kritisk vurdering av evidens at fagene utvikles.

Truls E. Bjerklund Johansen
t.e.b.johansen@medisin.uio.no

Truls E. Bjerklund Johansen (f.1951) er spesialist i generell kirurgi og i urologi, professor ved Universitetet i Oslo, overlege ved Urologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, og har flere ulønnede verv i European Association of Urology.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Johansen TEB. Ulike retningslinjer for behandling av prostatakreft. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 924–5.
- Pisansky TM, Kahn MJ, Rasp GM et al. A multiple prognostic index predictive of disease outcome after irradiation for clinically localized prostate carcinoma. Cancer 1997; 79: 337–44.
- Warde P, Mason M, Ding K et al. Combined androgen deprivation therapy and radiation therapy for locally advanced prostate cancer: a randomised, phase 3 trial. Lancet 2011; 378: 2104–11.
- Widmark A, Klepp O, Solberg A et al. Endocrine treatment, with or without radiotherapy, in locally advanced prostate cancer (SPCG-7/SFU0-3): an open randomised phase III trial. Lancet 2009; 373: 301–8. Erratum in: Lancet. 2009 Apr 4; 373(9670): 1174.
- Kuban DA, Levy LB, Cheung MR et al. Long-term failure patterns and survival in a randomized dose-escalation trial for prostate cancer. Who dies of disease? Int J Radiat Oncol Biol Phys 2011; 79: 1310–7.
- Hoskin PJ, Rojas AM, Bownes PJ et al. Randomised trial of external beam radiotherapy alone or combined with high-dose-rate brachytherapy boost for localised prostate cancer. Radiother Oncol 2012; 103: 217–22.
- Salji M, Jones R, Paul J et al. Feasibility study of a randomised controlled trial to compare (deferred) androgen deprivation therapy and cryotherapy in men with localised radiation-recurrent prostate cancer. Br J Cancer 2014; 111: 424–9.
- https://helseforskning.etikk.no/ikbViewer/page/prosjekterirek/prosjektregister/prosjekt?p_document_id=188541&p_parent_id=196196&_ikbLanguageCode=us [15.7.2015].
- Helseforskningsloven § 54. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_10 [2.9.2015].
- Consensus statement: The management of clinically localized prostate cancer. National Institutes of Health Consensus Development Panel (no authors listed). NCI Monogr 1988; 7: 3–6. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3050539 [15.7.2015].

Re: Den vanskelige prostatakreften

Det er et krav at leger som uttaler seg om prostatakreft opplyser om interesser som kan påvirke deres faglige vurderinger (1, 2). I Tidsskriftet nr. 11/2015 kommenterer Lilleby og medarbeidere min lederartikkel om prostatakreft (3, 1). Lilleby og hans medforfattere med adresse ved et privat institutt, har gjort det klart at intensjonen med artikkelen om LDR-braky var å bidra til at metoden blir introdusert i Norge, men ingen av dem oppgir interessekonflikter (3).

Lilleby og Raabe skriver at flere uro-onkologer i Norge (dem selv?) behersker bildestyrt nålebasert behandling av kreft i prostata (2). Uttalelsen underer meg, fordi den tekniske utførelsen av slik behandling ikke blir omtalt verken i målbeskrivelsen eller kursutbudet for norske onkologer, og radiologer og urologer bruker flere år på å lære seg teknikken som ledd i sin spesialistutdanning. Jeg mener denne uttalelsen viser at det er behov for å formalisere kvalifikasjonskravene til endokavitær ultralyddiagnostikk og bildestyrt prosedyrer.

Det er vanskelig for pasienter å leve med en kreftsvulst som ikke krever behandling, og det er vanskelig for leger å holde fast ved at dette er en situasjon man ikke bør forsøke å behandle seg ut av. Vanskelighetene tilsier at dette er en situasjon man skal unngå å screene

seg inn i, og nettopp derfor fraråder helsemyndigheter i alle vestlige land PSA-basert screening. For å gjøre det lettere å akseptere at lavrisikosvulster ikke skal behandles, er det nylig fremmet forslag om å endre betegnelsen på kreft med Gleason skår 6 til kreft med prognosegruppe 1 på en skala fra 1–5 (4).

Truls E. Bjerklund Johansen
t.e.b.johansen@medisin.uio.no

Truls E. Bjerklund Johansen (f.1951) er spesialist i generell kirurgi og i urologi, professor ved Universitetet i Oslo, overlege ved Urologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, og har flere ulønnede verv i European Association of Urology.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Johansen TEB. Den vanskelige prostatakreften. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 508.
- Lilleby W, Raabe NK, Normann M. Lavdoserate brakyterapi av pasienter med lavrisiko prostatakreft. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 548–52.
- Lilleby W, Raabe NK, Normann M. Re: Den vanskelige prostatakreften. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1009.
- Loeb S, Montorsi F, Catto JW. Future-proofing Gleason Grading: What to Call Gleason 6 Prostate Cancer? Eur Urol 2015; 68: 1–2.

Re: – Stortrives som medisinstudenter i Budapest

I Tidsskriftet nr. 14/2015 leste jeg et intervju med norske medisinstudenter i Budapest (1). Studentene stortrives. De studerer, men har også gjort en interessant observasjon om at vi har det meget godt i Norge, fordi på norske sykehus er det toalett-papir for pasienter og personale, mens i Budapest må folk ta toalett-papir med seg hjemmefra. Det er morsomt. Jeg har hørt flere forslag på hva velstand betyr, men at velstand også betyr at det finnes toalett-papir på sykehus synes jeg er originalt. Studentene i Budapest har antakelig lite kjennskap til daglige og mer alvorlige problemer enn toalett-papir på de norske sykehus. Ett av problemene er korridor-pasienter. I andre land i Europa har veldig få sykehus, spesielt universitetssykehus, pasienter liggende på gangen. Dette er en skam. Helsetjenesten, til tross for at man i Norge betaler ekstremt høy skatt, fungerer dårlig på grunn av at det ofte er lang ventetid til utredning og behandling. I Norge har ca. 500 000 privat helseforsikring som garanterer rask legehjelp.

Jeg synes at vi har det rimelig bra i Norge, men vi kunne hatt det mye bedre, blant annet i helsevesenet, dersom man brukte pengene som ligger i oljefondet med «hodet». Pengene kan plutselig bli betydelig mindre eller forsvinne helt, og Norge er igjen like fattig som det var tidligere. Sannsynligvis blir det ikke råd til medisiner eller utstyr, og heller ikke til toalett-papir på sykehus.

Grzegorz Gradek
gradek@online.no

Grzegorz Gradek (f. 1953) er spesialist i hjerte- og lungemedisin ved Hjerte- og Lungesenteret, Bergen. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Kongsvik LT. – Stortrives som medisinstudenter i Budapest. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1326.