

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 tilsvaretsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.



Re: Arbeidsbetinget lungekreft i Sør-Trøndelag

Siri Slåstad og medarbeidere dokumenterer i Tidsskriftet nr. 20/2014 underrapportering av arbeidsbetinget lungekreft, med de konsekvenser dette har i form av tapte rettigheter for den enkelte og tapte kunnskap om risikoforhold (1).

En annen og viktigere side av dette er de tapte mulighetene for tidlig diagnose og behandling for denne pasientgruppen. De seneste tiårs utvikling av diagnostikk basert på computertomografi (CT) og kirurgisk behandling av lungesvulster i tidlig stadium har ikke kommet disse pasientene til gode – i Norge. Dette til tross for arbeidstakeres rettigheter til helseundersøkelser og oppfølging i henhold til Arbeidsmiljølov og forskrifter. Ansvaret for dette ligger hos faglig ansvarlig myndighet (Arbeidstilsyn og Statens arbeidsmiljøinstitutt).

Forekomsten av lungekreft på grunn av asbestpåvirkning er nå på sitt høyeste i landene i Vest-Europa og USA (2). Derfor har ansvarlige myndigheter og institusjoner i disse landene, med Norge som unntak, etablert programmer for helseundersøkelser ved hjelp av CT basert på risiko for arbeidsbetinget lungekreft (eksempler på dette er «SPIRALE-programmet» i Frankrike, og tilsvarende i Sveits, Tyskland og Østerrike i regi av de nasjonale institusjoner for arbeidsskade-forsikring). Det vitenskapelige grunnlaget for risikovurdering og diagnostikk av asbestsykdom finnes i «Helsinki-kriteriene». Den seneste oppdatering basert på en internasjonal konferanse i 2014, er nå publisert i *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* (2, 3). Her blir det endelig fastslått at lavdose CT bør tilbys arbeidstakere med tidligere eksponering for asbest.

Etableringen av et slikt tilbud i Norge krever handling fra faglig ansvarlig myndighet. Selv om bedriftshelsetjenester vil være et utøvende ledd, er det nødvendig å utvikle retningslinjer for samarbeidende institusjoner og for prioriteringer og dokumentasjon. Passiviteten som hittil har preget myndighetene er ikke lenger bare en faglig og etisk svikt; med Helsinki-kriteriene som norm, har den også fått en erstatningsmessig og strafferettslig side.

Vemund Digernes
vemu-d@online.no

Vemund Digernes er dr.med., pensjonist og tidligere fagsjef ved Norsk Industri.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Slåstad S, Leira HL, Aas O et al. Arbeidsbetinget lungekreft i Sør-Trøndelag. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 1943–7.
- Vainio H. Epidemics of asbestos-related diseases – something old, something new. *Scand J Work Environ Health* 2015; 41: 1–4.
- Wolff H, Vehmas T, Oksa P et al. Asbestos, asbestosis, and cancer, the Helsinki criteria for diagnosis and attribution 2014: recommendations. *Scand J Work Environ Health* 2015; 41: 5–15.

S. Slåstad og medarbeidere svarer:

Kollega Vemund Digernes har en interessant kommentar som likevel ligger litt utenfor innholdet og budskapet i vår artikkel. Han tar opp spørsmålet om lungekreftscreening av asbesteksponerte.

Vi mener at når det gjelder screening av asbesteksponerte, tilråder det konsensusdokumentet fra Helsinki som Digernes refererer til (1) snarere forskning etter gitte kriterier med blant annet randomiserte kontrollerte forsøk, enn lavdose CT-screening av alle asbesteksponerte.

Med vår gode oversikt over befolkningen her i landet mener vi det ville være mulig at også Norge kunne delta i internasjonale randomiserte kontrollerte studier med screening av bl.a. asbesteksponerte med lavdose CT av lungene, dersom man på en god måte kunne møte de utfordringer slike screeningstudier byr på. Man må se for seg at dette vil være studier på tvers av flere fagmiljøer som lungemedisin, onkologi, røntgen og arbeidsmedisin.

Det er dessverre ytterst begrenset med midler til arbeidsmedisinsk forskning i Norge. Hvem tar ansvaret? Kunne vi kanskje se for oss et spleiselag mellom næringslivet som har forårsaket asbesteksponeringen, yrkesskade-forsikringen og myndighetene?

Siri Slåstad
siri.slastad@stolav.no
Bjørn Hilt
Oddfrid Aas

Siri Slåstad (f. 1954) er spesialist i arbeidsmedisin og i lungemedisin og overlege ved Arbeidsmedisinsk avdeling, St.Olavs Hospital. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Bjørn Hilt (f. 1949) er spesialist i arbeidsmedisin, avdelingsjef og professor II i arbeidsmedisin ved NTNU og St.Olavs Hospital. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Oddfrid Aas (f. 1953) er spesialist i arbeidsmedisin og overlege ved Arbeidsmedisinsk avdeling, St.Olavs Hospital. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Wolff H, Vehmas T, Oksa P et al. Asbestos, asbestosis, and cancer, the Helsinki criteria for diagnosis and attribution 2014: recommendations. *Scand J Work Environ Health* 2015; 41: 5–15.

Re: En rivende utvikling?

Erlend Hem skriver på lederplass i Tidsskriftet nr. 1/2015 om at mye er ved det samme innen medisinen, på tross av formuleringer som at «det foregår en rivende utvikling» (1). Som vanlig er hans tekst meget lesverdig.

Jeg har likevel lyst til å korrigere en oppfatning av at spesielt ved lungekreft er lite skjedd – et eksempel som ofte brukes. Siden lungekreft står for det største leveårstapet i Norge, er det vesentlig å ha oppdatert informasjon om denne sykdommen (2). Hem skriver at «femårs relativ overlevelse for alle stadier av lungekreft er drøyt 10 %, og prognosen er nær uendret de siste 40 år». Ifølge data fra Krefregisteret (oppgitt på forespørsel) har median overlevelse for kvinner med lungekreft økt fra 7,1 måneder i 2002 til 10,8 måneder i 2012. For menn økte overlevelsen fra 5,4 måneder til 7,9 måneder. Altså en økning på 52 % for kvinner og 46 % for menn. Videre var det i 2002 17,6 % av kvinner og 14,3 % av menn som var i live to år

>>>