

for å få informasjon om forskriftsendringer, gir risiko for feil praksis.

Det nye reglementet kan føre til mangelfull medisinerings av pasienter med alvorlig kronisk astma og av dem med både astma og kronisk obstruktiv lungesykdom. Legemiddelverket skriver: «... kombinasjonspreparater til behandling av KOLS vil ikke fås etter forhåndsgodkjent refusjon. Ved alvorlig KOLS ($FEV_1 < 50\%$ av forventet) og hyppige eksaserbasjoner kan legen søke trygdeetaten om refusjon etter § 10a.» Pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom er verken tjent med over- eller undermedisinering, ei heller at deres diagnose kodes som astma for å oppnå refusjon. Vår oppfordring til landets leger er å følge intensjonen i forskriftene og søke etter § 10a når pasienten oppfyller kravene i retningslinjene. Så forventer vi at behandlingstiden er rask og godkjenningspraksisen liberal. Mange pasienter kan få nedsatt livskvalitet og risikerer sykehusinnleggelse hvis de slutter med medikamentene.

Legemiddelverket skriver at «der sykdomsbildet preges av både astma og KOLS, vil legen (...) kunne vurdere hvilken av diagnosene som ligger til grunn for bruken av hvert enkelt legemiddel. (...) Dersom legen vurderer at en pasient har behov for og effekt av behandling av (påvist) astma, vil behandlingen kunne refunderes uavhengig av om vedkommende også har KOLS.» Til dette er å si: Hos 10–20% av pasientene med kronisk obstruktiv lungesykdom vil man også finne astmakarakteristika. Alvorlig kronisk astma kan også medføre en utvikling mot kronisk obstruktiv lungesykdom, dvs. at de aldri oppnår normal lungesfunksjon, selv i «gode faser». Å skille astma og kronisk obstruktiv lungesykdom med akutt reversibilitetstesting er av liten verdi, med mindre lungesfunksjonen normaliseres fullstendig.

Man kan ha ulike oppfatninger om Legemiddelverkets håndtering av blåreseptordningen med oppsplitting av § 2 i to nye punkter og innføring av § 10a som ekstra «hinder». Likevel virker det som om at Statens legemiddelverk nå er på linje med det lungemedisinske miljø når det gjelder medikamentell behandling i de ulike stadier av kronisk obstruktiv lungesykdom.

Alf Henrik Andreassen
Sverre Lehmann

Norsk forening for lungemedisin

Friluftsliv – fritidsaktivitet, rehabilitering eller fagområde?

Friluftsliv er et positivt ladet ord i Norge. I arbeidet med friluftslivsutdanningen ved Norges idrettshøgskole (1) har vi i de senere år mottatt studenter som er i en rehabiliteringssituasjon etter diagnoser som

utbrenthet og liknende. Disse søker studiene som en del av sin rehabilitering eller atferding, gjerne etter råd fra kontaktpersoner innen helsesektoren, slik som primærlege eller psykolog. Vi mener utdanning i friluftsliv for disse ikke nødvendigvis er hensiktsmessig og vil begrunne dette ved å beskrive skillet mellom friluftsliv som fritidsaktivitet, som rehabilitering og som fagområde.

Friluftsliv i fritiden foregår ute i naturen på hver enkelt friluftslivsutøvers egne premisser. Man ferdes alene eller i en gruppe med flat struktur. Målet er opplevelser og glede av natur, bevegelse og fellesskap (2).

Når friluftsliv benyttes som rehabilitering, er naturen en arena for å bedre fysisk og psykisk helse (3). Opplegget er gjerne tilrettelagt av en person med friluftslivsfaglig bakgrunn.

Friluftsliv som studiefag på universitetsnivå har som siktemål å utdanne ledere som er kvalifiserte for profesjonelt arbeid med mennesker i naturen til alle årstider (4). Studenter beskriver friluftslivsutdanningen som krevende både fysisk og mentalt. Praktisk og teoretisk undervisning foregår gjerne utendørs. Enkelte opplever at skrittet fra å ta ansvar for seg selv til å kunne ha ansvar for andre blir for langt. For disse kan studieåret bli en bekreftelse på deres egen utilstrekkelighet.

Innen friluftsliv jobber man med to svært usikre faktorer – mennesker og natur. Det er en forutsetning for å lykkes at man er fleksibel på en reflektert måte. I dette ligger at man ikke kan være avhengig av en bestemt kontekst for å fungere. Naturen gir umiddelbar tilbakemelding på atferd. Et eksempel er at dersom du ikke gidder å ta på deg regntøy når det begynner å regne, blir du våt. Eksemplet kan virke banalt, men illustrerer hvordan en som ikke er til stede i situasjonen, kan utgjøre en risiko for både seg selv og sine omgivelser. Dette får langt større konsekvenser dersom det skjer i en situasjon der man har ansvar for andre.

De fleste veiledere er interesserte i å ta tak i lyspunkter. Det er ikke sikkert de er godt nok informert til å se at friluftslivsstudier kanskje ikke er løsningen. Det er hevet over enhver tvil at friluftsliv er viktig som fritidsaktivitet og at det kan fungere godt som et middel innen rehabilitering. Imidlertid viser erfaring at utdanning i friluftsliv ikke er egnet som en rehabiliteringsvei. Man må sette et skille mellom friluftslivsutdanning, friluftsliv i fritiden og friluftsliv som rehabilitering.

Trond Augustad
Jannicke Høyem
Norges idrettshøgskole

Litteratur

1. Norges idrettshøgskole. Studietilbud 2006–2007. Oslo: Norge idrettshøgskole, 2006.
2. St.meld. nr. 39 (2000–2001). Friluftsliv. Ein veg til høgare livskvalitet.

3. Sjong ML. Friluftsliv i behandlingen av belastede grupper – en oversikt over forskning og utredning. Oslo: Norges idrettshøgskole, 1990.
4. Schantz P, Silvander U. Forskning och utbildning inom friluftsliv – utredning och förslag. Stockholm: Frisam, 2004.

Er 50 % overdiagnostisering ved mammografiscreening akseptabelt?

Hofvind og medarbeidere beskriver i Tidsskriftet nr. 22/2006 brystkreftforekomsten i Norge før og etter innføring av mammografiscreening (1). De fant en 50% økning i aldersgruppen som innkalles til screening (50–69 år) og en ubetydelig reduksjon i aldersgruppen som ikke lenger innkalles (70–74 år). Dette er nesten identisk med hva vi fant i en studie i 2004 (2). Vi konkluderte med at det meste av økningen ved introduksjonen av mammografiscreening ikke skyldes tidlig diagnostisering, men overdiagnostisering, dvs. påvisning av ufarlige svulster som ellers ikke ville ha gitt seg til kjenne i pasientens levetid. Hofvind og medarbeidere mente den gang at vårt datagrunnlag var for svakt og kritiserte vår konklusjon (3). Med tre års lengre oppfølgingstid i mammografi-programmet burde Hofvind og medarbeidere nå ha et godt grunnlag for selv å bestemme nivået av overdiagnostisering. Det har de ikke gjort, men skriver at «blant kvinner som har gjennomgått screening, angis en økning på 50% som akseptabelt» (1).

Er 50% overdiagnostisering akseptabelt? Hvis økningen skyldes tidlig diagnostisering, burde disse svulstene i fravær av screening i alderen 50–69 år akkumuleres i brystene. Førstegangsscreening av kvinner ved 70 års alder skulle dermed avdekke et stort «reservoar» av subklinisk brystkreft. Men erfaringer fra screeningprogrammer verden over viser at det ikke finnes noe slikt reservoar hos eldre kvinner (4). Dette må bety at screening avdekker en type pseudo-kreft som etter en initial vekstfase tilbakedannes spontant (4).

10–15 års mammografiscreening i Sverige har ikke gitt noen reduksjon i brystkreftdødeligheten sett i forhold til den norske (5). En sammenlikning mellom norske fylker i 2004 viser heller ingen tegn til reduksjon i de fire fylkene hvor mammografiscreeningen startet i 1996. Landsdekkende mammografiscreening har ført til at antall tilfeller av brystkreft, inkludert ductalt carcinoma in situ, har økt fra ca. 2 000 til ca. 3 000 per år. Hvert år blir nesten 1 000 friske kvinner ofre for overdiagnostisering og overbehandling. Hos ca. 500 av de øvrige 2 000 kvinnene fremskynder screeningen kreftdiagnosen med noen måneder, men tallene fra Norge og fra Sverige viser ingen gevinst i form av redusert dødelighet (5). I en revidert metaanalyse av resultatene fra randomiserte mammografi-