

og de som er for DNA-tester. Han forstår ikke poenget. Spørsmålet dreier seg ikke om RNA- eller DNA-test, men om hvor mange HPV-typer det testes for. Det må testes for minst 12 typer, og det finnes RNA-tester som gjør dette med akseptabel sensitivitet. Hvorfor denne forkjærligheten for en norsk RNA-test når det er andre vel-dokumenterte RNA-tester med akseptabel sensitivitet?

Det er bra denne saken er løst etter åre-lang strid. Evidensbasert kunnskap kan ikke lenger tilsidesettes av kommersielle/politiske krefter. Statens helsetilsyn har nå bedt om en granskning i alle helseforetak som ikke har brukt adekvat test, slik at man forsikrer seg om at ingen kvinner er fulgt for dårlig opp etter negativ HPV-test.

Pål Øian
Ole-Erik Iversen
Knut Hordnes
Bjørn Backe
 Tromsø, Bergen, Trondheim

Pål Øian (f. 1948) er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Han er avdelingsoverlege/professor ved Kvinneklinikken ved Universitets-sykehuset Nord-Norge og medlem av kvalitets-utvalget i Norsk gynekologisk forening. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ole Erik Iversen (f. 1945) er overlege ved Kvinneklinikken, Haukeland universitetssykehus, og professor ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen. Han er medlem i styrings-gruppen for masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Knut Hordnes (f. 1959) er spesialist i fødsels-hjelp og kvinnesykdommer og arbeider ved Hospitalet Betanien i Bergen. Han er leder av Norsk gynekologisk forening og medlem av faglig rådgivningsgruppe for masseunder-søkelsen mot livmorhalskreft. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Bjørn Backe (f. 1947) er seksjonsoverlege pro-fessor dr.med. ved Fødeavdelingen, Kvinnekli-nikken, St. Olavs hospital/Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Han er tidligere leder Norsk gynekologisk forening. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Kristiansen IS. Hva er evidensbaserte råd? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 638–9.
2. Øian P, Iversen OE, Hordnes K et al. Mer evidens og mindre politikk, takk! Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 2346.
3. Haldorsen T, Skare GB, Bjørge T. Sekundærscree-ning med HPV-tester i Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Oslo: Kreftregisteret, 2011.
4. McCredie MR, Sharples KJ, Paul C et al. Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study. Lancet Oncol 2008; 9: 425–34.

Lege, student og medmenneske

I det siste har vi vært vitne til flere til dels rystende fortellinger fra medisinstudenter om problematiske opplevelser i klinisk praksis. Det dreier seg om hvordan stu-denter og pasienter opplever krenkelser i undervisnings- og samhandlingssitua-sjoner. Dette skal ikke skje – det dreier seg om dårlige holdninger, mangel på medmen-neskelighet og manglende respekt for syke mennesker.

Dette er situasjoner der verken studenten, involverte sykepleiere eller andre legekol-leger tør si ifra. I tillegg kommer historier fra undervisningssituasjoner i den teoretiske delen av medisinstudiet der studenter kan føle seg latterliggjort, ikke tør stille viktige spørsmål eller er redde for å si ifra fordi de frykter negative konsekvenser. Ikke alle disse historiene er like representative, men det er likevel nok av dem til at man må ta dem alvorlig. Man skal ha en læringskultur der det oppfordres til åpenhet og kritikk. Man skal kultivere en legerolle der med-menneskelighet er kjennetegnet ved legen så vel som underviseren. Allikevel hører vi stu-denter som finner seg i verbal trakassering, fordi «Vi må tåle det, vi skal jo bli leger».

I Tidsskriftets påskenummer beskriver medisinstudent Ingrid Neteland en lærings-kultur som fratar studenten all selvtilitt (1). Tidligere studiedekan i Oslo Per Brodal svarer henne (2). Vi er redd Brodal ikke går langt nok når han setter søkelys på den kli-niske undervisningen alene. Vi tror pro-blemet med mangel på respekt for studen-tene og mangel på medmenneskelighet i veiledningen også strekker seg til under-visningen i teori og basalfag, og vi er redd at dette er mer et strukturelt problem enn bare enkeltstående hendelser. Hva må gjøres?

For det første trenger vi mer systematisk kunnskap om læringsmiljøet i både den kli-niske og den teoretiske delen av medisinstudiet. Når det gjelder undervisning i etikk og kommunikasjon og forskning på læring og dannelse, bør etikk- og atferdsfagdelen av undervisningen spille på lag med den kliniske undervisningen i større grad enn det gjør i dag.

For det andre må man legge mer vekt på legen som forbilde og rollemodell – ikke bare i kraft av omfattende kunnskaper, men også ut fra legens og underviserens holdninger, moralske ansvar og etiske dømmekraft. Medisinstudiet vektlegger objektivt og syste-matisk kunnskap om behandling, diagnostikk og prognostikk, noe som gjør at man lett glemmer viktigheten av kunnskap om hvordan det er å være pasient eller pårørende – eller student, for den slags skyld. Det er heller ikke tilstrekkelig med mer øvelse i og kunnskaper om kommunikasjon og pedago-gikk hvis ikke slik kunnskap forankres i den enkeltes personlighet og dannelse.

Til slutt: Det er viktig å utvikle gode eva-

lueringsystemer som fanger opp resultater av ulike lærings- og veiledningsformer og studentenes faglige og etiske modning i løpet av medisinstudiet.

Per Nortvedt
Reidar Pedersen
Jan Helge Solbakk
 Senter for medisinsk etikk
 Universitetet i Oslo

Per Nortvedt (f. 1952) er professor og leder for Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo. Han er også undervisningsleder for fagområdet medisinsk etikk ved medisinstudiet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Reidar Pedersen (f. 1973) er utdannet lege og filosof. Han er forsker (med professorkompe-tanse) ved Senter for medisinsk etikk, Universi-tetet i Oslo, og jobber med etikk og kommuni-kasjon i helsetjenesten. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Jan Helge Solbakk (f. 1956) er utdannet lege og teolog og har en doktorgrad i antikkens filosofi. Han er professor i medisinsk etikk ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo, og arbeider for tiden med et prosjekt, Bio(po)ethics, som benytter teater, opera og film i etikkunder-visningen. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Neteland I. Medisinsk lettvekter – bare meg? Tids-skr Nor Legeforen 2012; 132: 696–7.
2. Brodal P. Et varselrop om læringsmiljøet i klinik-ken. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 698.

U-land og vi-land

Knut Wester konstaterer i Tidsskriftet nr. 6/2012 at medisinsk sett blir gapet mellom oss og utviklingslandene stadig større (1). Han spør om vår ressursbruk påvirker hel-setilbudet i u-landene. Det er vanskelig å gi noe enkelt og entydig svar. Det kan hevdes at vår frontlinjemedisin før eller siden vil komme alle til gode. Men dette er hypote-tisk. Fenomenet «hjerneflukt» er derimot en realitet. U-landene tappes for menneskelige ressurser når både de dyktigste og de nest dyktigste av faglige og økonomiske grunner forlater et haltende helsevesen.

Vi kan selvsagt ikke vurdere spørsmål som dette uten å trekke inn etiske kvaliteter som solidaritet, anstendighet, ansvar og plikt. Solidaritet har å gjøre med opple-velsen av å være i samme båt, selv om noen seiler på første klasse, enn så lenge. Wester skriver om barn som før i tiden fikk beskjed om å spise opp maten sin fordi det var barn i Afrika som sultet. Dette er det gamle nøy-somhetsidealet, som er blitt oss fjernt. Vi kan trekke på smilebåndet, men i bunn og

>>>

grunn har dette med menneskelig anstendighet å gjøre. Vi skal ikke sløse med ressurser som for andre er mangelvare.

Så litt om ansvar og plikt. Moralfilosofen Hans Jonas (1903–93) konstaterte at den tradisjonelle nabo- og samtidsetikk var foreldet. Denne etikken omfattet våre «naboer» og mennesker som står oss nær. Tidshorisonten var nåtiden og den nære fremtid. Slik kunne det ikke fortsette, hevdet Jonas. Han lanserte en ansvarsetikk (2) som vakte stor oppmerksomhet i samtiden og som er høyst relevant snart 20 år etter hans død.

Den ansvarsetikken som Jonas formulerte, var samtidig en pliktetikk. Vi har plikt til å tenke over og forestille oss de langsiktige konsekvensene av våre handlinger. Vi har plikt til å vite – det vil si å skaffe oss førstehåndskunnskap – også om dem som lever utenfor vår nærmeste samfunnskrets. Og vi har plikt til å ta makten over utviklingen, slik at ikke teknologien styrer oss.

En konsekvens av Jonas' syn er at vi ikke kan stille oss likegyldige når avstanden fra frontlinjene i den medisinske utviklingen bakover til de dårligst stilte blir stadig større. Det er tallrike eksempler på at så skjer. Wester nevner det manglende nevrokirurgiske tilbud til etiopiske barn. For egen del kunne jeg tilføye at mens den farmasøytiske industri er opptatt av å lage fiffige insulinanaloger, er hovedproblemet ved diabetes i Afrika sør for Sahara å skaffe det enkleste insulin til de mange som ikke har råd til selv å betale.

På den internasjonale arena finner vi i dag antakelig mer solidaritet og medmenneskelighet enn noen gang før i historien. Denne prisverdige aktiviteten kanaliseres av tallrike frivillige organisasjoner (NGO-er, non-governmental organizations). Men ulikhetene i helsesektoren har naturligvis sammenheng med mer grunnleggende sosioøkonomiske ulikheter, hvor politiske og overnasjonale organer har en jobb å gjøre.

Oddmund Søvik
oddmund.sovik@pedi.uib.no
Bergen

Oddmund Søvik (f. 1933) er dr.med. og professor emeritus ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen. Han har tidligere arbeidet som lege blant palestinske flyktninger i Jordan, og er medlem av Palestinakomiteen i Norge.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Wester K. Vanskelige prioriteringer. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 615.
2. Jonas H. Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1993.



Overdiagnostikk ved mammografiscreening

Formålet med mammografiscreeningen er å hindre at kvinner dør av brystkreft. Vi vet at kreften utvikler seg i forskjellig hastighet hos ulike kvinner (1). Dermed oppstår muligheten for at noen ikke vil få symptomer på brystkreft før de dør av andre årsaker. Brystkreftdiagnosen er i dette tilfellet unødvendig, og situasjonen benevnes overdiagnostikk. I et gevinst-tap-perspektiv settes således redusert risiko for å dø av brystkreft opp mot muligheten for overdiagnostikk og overbehandling. Per-Henrik Zahl & Jan Mæhlen har i sin artikkel i tidsskriftet nr. 4/2012 (2) befattet seg med kun den ene side av problematikken.

Forfatterne har kun brukt aggregerte data. Det er tatt hensyn til underliggende trender i brystkreftøkning, sies det. Detaljer mangler, og de som er beskrevet, tyder på at dette er gjort altfor enkelt. Forekomsten av brystkreft i Norge har siden 1950-årene hatt en jevn lineært økende trend frem til start av screeningprogrammet (3). Å predikere hvordan utviklingen ville vært de siste 10–15 årene uten screening krever mer omfattende arbeid enn det forfatterne har gjort.

De referanser som angis for å underbygge en ikke-eksisterende insidentrend etter år 2000, er ikke særlig relevante. Den ene (som omhandler norske data) er ennå ikke publisert og kan dermed ikke leses (deres referanse 10). Av alle de risikofaktorene som kunne tenkes å påvirke forekomsten av brystkreft, nevner forfatterne kun én – hormonbruk. Det er heller ikke klart hvilke estimater de har brukt på effekten av hormonbruk, men de påstår at effekten har vært neglisjerbar. En nylig publisert norsk studie har indikert at screeningaktivitet og hormonbruk forklarer omtrent like mye av endringene i forekomst (4). Hvordan insidensutviklingen har vært over tid, er avgjørende for hvor mange kvinner som kan være rammet av såkalt overdiagnostisering.

Forfatternes anslag er at 800 kvinner i 2009 ble brystkreftpasienter uten grunn. Artikkelen underbygger ikke på noen måte at dette anslaget er realistisk. Antallet er heller ikke relatert til forventet gevinst i form av færre brystkreftdødsfall. For en tilfeldig kvinne i screeningalder blir artikkelens informasjonsverdi lav og derfor vanskelig å forholde seg til.

Oppsummering – i studier med bastante konklusjoner er det vesentlig at man i detalj beskriver hvor tallene kommer fra og hvilke forutsetninger som ligger til grunn for den statistiske modellen. Man må selv påpeke usikkerheten og beskrive resultater fra utførte sensitivitetsanalyser, altså analyser hvor de ulike premissene varieres. Dette kravet til god forskning er ikke etterkommet i dette tilfellet. Da blir resultatet tvilsomt.

Steinar Tretli
Giske Ursin
Kreftregisteret

Steinar Tretli (f. 1949) er cand.real. og dr.philos. Han er forskningssjef ved Kreftregisteret og professor II ved Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Giske Ursin (f. 1961) er cand.med., ph.d., direktør ved Kreftregisteret, professor ved Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo, og professor (emerita) ved Department of Preventive Medicine, Keck School of Medicine, University of Southern California. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Weedon-Fekjær H, Lindqvist BH, Vatten LJ et al. Breast cancer tumor growth estimated through mammography screening data. Breast Cancer Res 2008; 10: R41.
2. Zahl PH, Mæhlen J. Overdiagnostikk av brystkreft etter 14 år med mammografiscreening. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 414–7.
3. NORCAN-prosjektet. www-dep.iarc.fr/nordcan.htm (29.2.2012).
4. Weedon-Fekjær H, Bakken K, Vatten LJ et al. Understanding recent trends in incidence of invasive breast cancer in Norway: age-period-cohort analysis based on registry data on mammography screening and hormone treatment use. BMJ 2012; 344: e299.

Sviktende statistikk om brystkreft

Per-Henrik Zahl & Jan Mæhlen hevder i Tidsskriftet nr. 4/2012 at 800 norske kvinner årleg får ein unødvendig kreftdiagnose pga. mammografiscreening (1). Reknestykke: 700 tilfelle av invasiv brystkreft i aldersgruppa 50–69 år tidleg i 1990-åra + 35 % vekst i befolkninga 1991–2009 = forventa tal 2009: $700 \cdot 1,35 = 945$. Observert tal i 2009 var 1 473, dvs. 528 fleire tilfelle enn forventa. Med tillegg av 300 tilfelle av duktalt carcinoma in situ (DCIS) årlig gir dette ca. 800 tilfelle av overdiagnostikk (1). Er brystkreftepidemiologi så enkelt?

I forrige screeningrunde påviste ein 2 106 brystkrefttilfelle inkludert DCIS-tilfelle, dvs. 1 053 per år (2). Av dei har ca.

>>>