- 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 tilsvarsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.

Re: Overbehandling, underbehandling eller riktig behandling?

Hvordan vurderer Legeforeningen helse- og omsorgsministerens forslag angående omskjæring av friske guttebarn straks etter fødselen, uten medisinsk indikasjon og i regi av det offentlige helsevesenet (1)? Er dette over- eller underbehandling? Eller riktig behandling?

Ulf Maxhall
maxdose@live.com

Ulf Maxhall (f. 1943) er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin, pensjonert kommuneoverlege og vikarlege ved Unidocor as. Ingen oppgitte interessekonflikter

Litteratur

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Trygge rammer for omskjæring av gutter. <http://regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2014/Trygge-rammer-for-omskjaring-av-gutter.html?id=753773> [22.3.2014].

H. Gjessing svarer:

Legeforeningen mener i utgangspunktet at omskjæring er et unødvendig inngrep på en frisk kropp og at det derfor ikke er en helse-tjeneste. Omskjæring bør bare skje på medisinsk indikasjon eller ved samtykke fra personen det angår. Prinsipielt mener vi at det bør forbyes på små barn som ikke kan bestemme selv, og vi har bedt departementet om en utredning vedrørende aldersgrense.

Legeforeningen mener at de som samtykker til selv å få utført omskjæring, må være over helserettslig myndighetsalder, altså fra fylte 16 år. Selve inngrepet må foretas av kompetent lege og under forsvarlige forhold, og vi har argumentert mot at det innføres som en del av den offentlige helsetjenesten.

Se også Legeforeningens nettsak om spørsmålet, med brev til departementet vedlagt i saken (1).

Hege Gjessing
hege.gjessing@legeforeningen.no

Hege Gjessing (f. 1972) er president i Den norske legeforening. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Omskjæring ikke del av offentlig helsetilbud. <http://legeforeningen.no/Nyheter/2014/Omskjaring-i-sentralstyret/> [30.4.2014].

Re: Overbehandling, underbehandling eller riktig behandling?

Temaet overbehandling fortjener en bred debatt (1), særlig når det gjelder behandling av friske mennesker med en eller flere risikofaktorer. Med nye amerikanske og europeiske retningslinjer som omhandler forebygging av hjerte- og karsykdom, vil flertallet som har passert 50 år være risikanter per definisjon og følgelig bli anbefalt medikamentell intervensjon. Dette diskuteres også i artikkelen om polypillen i Tidsskriftet (2). Begrepet ble første gang brukt i en *BMJ*-artikkel fra 2003 der forfatterne ut fra statistiske beregninger postulerte at man ved å kombinere flere legemidler og folat kunne oppnå en beregnet risikoreduksjon for kardiovaskulære hendelser på inntil 80 % (3).

Det er grunn til å minne om at året etter kom en artikkel i samme

tidsskrift der man gjorde tilsvarende beregninger med hensyn til effekten av kostendring og kalte dette «polymeal» (4). Ved å innta fet fisk, rødvin, mandler, hvitløk, mørk sjokolade og 400 gram grønnsaker og frukt per dag beregnet forfatterne at risikoreduksjonen var 76 %, langt mer smakelig og med mindre bivirkninger!

Tidligere hadde intervensjonsstudier som *Lyon Heart Study* vist betydelig risikoreduksjon i sekundærforebygging med middelhavskost (5). I sin doktoravhandling har Halfdan Petursson pekt på at hvis fastleger fulgte dagens retningslinjer til punkt og prikke, ville det kunne destabilisere helsevesenet på grunn av forbruket av tid og penger (6).

Behovet for en åpen debatt og kunnskap om ikke-medikamentell intervensjon er stor. *Aktivitetshåndboken* (7) fra Helsedirektoratet er et godt bidrag i denne sammenheng og bør ligge på fastlegenes skrivebord ved siden av *Felleskatalogen*.

Stig Bruset
stigab@online.no

Stig Bruset (f. 1955) er fastlege ved Regnbuen legeskontor. Ingen oppgitte interessekonflikter

Litteratur

1. Gjessing H. Overbehandling, underbehandling eller riktig behandling? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 577.
2. Sandli OK, Spigset O, Slørdal L. Polypillen – et alternativt konsept i kardiovaskulær profylakse. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 632–4.
3. Wald NJ, Law MR. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80 %. *BMJ* 2003; 326: 1419.
4. Franco OH, Bonneux L, de Laet C et al. The Polymeal: a more natural, safer, and probably tastier (than the Polypill) strategy to reduce cardiovascular disease by more than 75 %. *BMJ* 2004; 329: 1447–50.
5. de Lorgeril M, Renaud S, Mamelle N et al. Mediterranean alpha-linolenic acid-rich diet in secondary prevention of coronary heart disease. *Lancet* 1994; 343: 1454–9.
6. Petursson H. The validity and relevance of international cardiovascular disease prevention guidelines for general practice. PhD dissertation. Trondheim: Department of Public Health and General Practice, Norwegian University of Science and Technology, 2012.
7. Aktivitetshåndboken. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.

Re: Overbehandling, underbehandling eller riktig behandling?

Hege Gjessing skriver «Det har blitt hevdet at overbehandling er mer skadelig for den norske befolkning enn underbehandling. Budskapet gjør meg bekymret, fordi det ligger en negativ antydning om lemfeldig arbeid i det.» (1) Videre skriver Gjessing: «Jeg argumenterte for at temaene er relevante, men at det til dels er lite dokumentasjon som underbygger påstandene.»

Overbehandling (og behandling basert på et uvitenskapelig grunnlag) har vært et problem i ualmennelige tider. Prostatakreftbehandling er et godt eksempel og litteraturen er full av andre eksempler. Jeg tror problemet er at leger er lite interesserte i å ta tak i problemstillingen fordi de har interessekonflikter. Hvis de ikke diagnostiserer og behandler pasienter, så tjener de mindre penger. Dette er ikke bare et problem i USA eller for private aktører, men også for offentlige leger i et system med stykkprisbehandling.

Autopsistudier viser at kjertler i kroppen (bryst, prostata, thyreoidea, bukspyttkjertelen mm) er fulle av små svulster som aldri blir til klinisk kreft. Også andre organer (lunger, livmor, mm) er fulle av små sovende svulster, som kan oppdages med bedre diagnostikk. I løpet av 50 år har det blitt dobbelt så mye kreft i Norge

>>>