

Brystkreft?

Hjerte- og karsykdommer
Hyppigste Engstelig **DU!**
Dødsårsak
Tykk tarm **Dødelig**
Kref **Risikofaktor**
Redd **Mammografi**
Engstelig **Risiko**
Hjertet



Testes det som testes kan?

SIDE 4-8 ▶

BRYSTKREFTSCREENING:

– Screening er ikke så bra som vi trodde

METTE KALAGER

SIDE 12 ▶

RESERVASJONSRETTE:

– Saken dreier seg om å klare å ha to tanker i hodet på en gang

SVEIN AARSETH

SIDE 10 ▶

Her står det en annonse i
papirutgaven. Av hensyn til
reklamregler, er denne tatt ut i
den elektroniske utgaven.

JOURNALEN

Tidsskriftet Journalen er medlemsblad for Oslo legeförening og utkommer fire ganger i året.

REDAKSJONEN



PER HELGE MÅSEIDE
REDAKTØR
Tlf: 95 20 13 14
perhm@medisin.uio.no



ELLEN RENBERG
REDAKSJONSSEKRETÆR
LAYOUT
Tlf: 40 64 82 82
ellen@svovel.no



KRISTIN MACK-BORANDER
JOURNALIST
krimack@live.no



CHARLOTTE LUNDE
JOURNALIST
charlottelunde@mac.com



ANE BRANDTZÆG NÆSS
JOURNALIST
ane.b.naess@gmail.com

Frist for innlevering av stoff til Journalen 3/2012 er 10. juni 2012.

ANNONSER:

Media-AaMarketing
Postboks 240, 1401 Ski
Tlf: 64 87 67 90 / 90 04 32 82
media.aardal@c2i.net

POSTADRESSE:

c/o Oslo legeförening
Postboks 178 Sentrum
0102 Oslo

BESØKSADRESSE:

Akersgata 2 (inngang fra Christiania Torv)
0107 Oslo
Tlf: 23 10 92 40 Faks: 23 10 92 44

TRYKK: Merkur-Trykk AS



HJEMMESIDER PÅ INTERNETT
www.legeföreningen.no/oslo

FØLG JOURNALEN PÅ TWITTER
www.twitter.com/Journalen

FORSIDEILLUSTRASJON: SVOVEL

Redaksjonen avsluttet 11. mai

Journalen er medlem av Fagpressen og redigeres etter Redaktørplakaten, Vær Varsom-plakaten og Tekstreklameplakaten.



OPPLAGSKONTROLLERT

Ettertrykk og elektronisk videre-
distribusjon kun tillatt etter særskilt avtale.

REDAKTØREN

PER HELGE
MÅSEIDE



Et nummer i kolesterol-køen

Det er tidlig ettermiddag på Storo-senteret i Oslo. En enslig pensjonist er å se i fiskebutikken, på McDonalds og hos Baker Hansen går livet sin vante gang.

Bare ett sted er det kø; på apoteket sitter gamle og unge, noen med barn i barnevogn. Vi har alle rosa kakelotteri-lodd. Mitt nummer er B 20. I dag er det den store kolesterol-sjekkedagen. En blondine har over en helsides avisannonse fortalt at hun gjerne vil sjekke opp nettopp meg. Jeg har ikke klart å motstå fristelsen.

Etter litt blodsøl viser det seg at min kolesterolverdi er «lett forhøyet», men samtidig undergjennomsnittet. På apotekets informasjonsrom får jeg høre stikkordene mosjon, kosthold og røyk, jeg vil anta at kvinnene på 20 og 80 år får høre det samme.

Hadde kolesterolverdien vært moderat eller klart forhøyet hadde jeg fått beskjed om å oppsøke fastlegen. Og der hadde legen vært bondefanget til å berolige meg mens han målte blodtrykk, gjentok målingen av totalkolesterol, supplerte med HDL- og LDL-kolesterol, triglyserider og kanskje noen orienterende blodprøver på toppen. Og da er det kanskje like greit med en kontrolltime?

Uroen er der nå: Er kolesterolverdien noe jeg kommer til å dø av – eller med? Mitt problem som mulig kolesterol-risikant, i den laveste risiko-gruppen vel å merke, er at jeg ikke vet hvordan jeg nå skal forholde meg. Problemet er at heller ikke fastlegen min har tid til å forklare meg i detalj om kolesteroltestingens sterke og svake sider, skal vi tro Jørgen Skavlan. Og godt er det – med tanke på de som virkelig er syke.

Ola Nordmann har totalt sett en bedre helse enn noen gang før, har Helsedirektoratet nettopp slått fast. Han lever lenger, røyker mindre, spiser sunnere og beveger seg mer. Og redselen for eldrebølgen synes å være overdrevet, også de eldre holder seg friskere lenger. Men en ting klarer ikke helsemyndighetene å gjøre noe med; de sosiale forskjellene knyttet til helse. Forskjellene i levealder mellom Oslos vestkant og østkant er alarmerende store, selv om den totale levealder øker. Nyfødte gutter i Nordre Aker kan forvente å leve i 81,6 år. En spaseretur unna, på Sagene, er den forventede levealderen åtte år lavere.

I Danmark ser man nå en urovekkende utvikling. I 1987 levde den best lønnede fjerdedelen av befolkningen i snitt fem år lenger

enn den dårligst lønnede fjerdedelen. Nå er differansen økt til 10 år. Denne utviklingen starter tidlig; de som ikke kan lese i 2. klasse går et «sykere» liv i møte, sier professor i folkehelsevitenskap, Finn Diderichsen, til Politiken. Han peker på at lav inntekt ikke bare er en årsak til dårlig helse, men også en effekt av den dårlig helsen.

Problemet rundt pasientstyrte helseundersøkelser er ikke bare at pågående markedsføring og lettvinnt omgang med screeningbegrepet kan forvirre og skape et kunstig behov for å sjekke seg, men at unøvendige undersøkelser kan være både ubehagelige eller i verste fall skadelige. Ikke er det sikkert at sykdomsangsten kureres av en normal ultralydundersøkelse av hjertet heller. Tvert imot; hos 95 % påvises det risikofaktorer for framtidig sykdom.

Den legen som leter lenge nok med ultralydproben vil til slutt finne en svulst i høystakken. Pasientens dilemma er at dette kanskje ikke er godt nytt. Målinger av PSA ved prostatakreft og mammografi illustrerer poenget med overdiagnostikk; å finne og behandle svulster man ville levd gode liv med. Legens dilemma er at man gjerne stoler mer på egne erfaringer med en metode som en gang har avdekket alvorlig sykdom, enn på myndighetenes formanende ord.

Begrepet screening bør reserveres til organiserte screeningprogrammer, som bør nå alle lag av befolkningen. Her har myndighetene en viktig pådriver-rolle. Slike programmer er ikke bare viktige for å avklare hvilke undersøkelsesmetoder vi bør satse mer på, men også for å gi oss kunnskap om hvilke som gir liten effekt. Da kan tiltakene for å utjevne helseforskjeller settes inn der det monner.

Skal vi gjøre noe med det som er det virkelig store helseproblemet – de alarmerende forskjellene i helse og levealder basert på sosioøkonomisk status, ligger ikke svaret i å få flere gjennom MR-trommelen når de føler for det, men heller i å få flere unge til å fullføre videregående skole, spise bedre og bevege seg mer.

For mitt vedkommende er nå spørsmålet om jeg ikke burde fått tatt den store hjertesjekken først som sist. Om ikke annet, så får jeg kanskje vite hva jeg mer eksakt bør engste meg for, neste gang jeg er redd for at det er noe galt med hjertet og kolesterolverdiene.

Mange muligheter for å sjekke helsa

På nettsidene til private helseklinikker i Oslo blir du godt informert om at det er mye å bekymre seg for.

ANE BRANDTZÆG NÆSS

I tillegg blir du godt informert om at det tilbys mange muligheter for å finne ut om akkurat du er i risikozonen.

Det er velkjent at screeningundersøkelser kan oppdage sykdom hos enkeltindivider som kanskje ellers ikke ville blitt oppdaget tidlig nok. Men det er også velkjent at screeningundersøkelser og kontroller av symptomfrie mennesker kan medføre overdiagnostikk, overbehandling, unød-

engstelse og ikke minst unødvendig utsettelse for risikofylte prosedyrer.

Volvat tilbyr blant annet helsekontroll, hjertesjekk, mammografi, koloskopi, bentetthetsmåling og prostatakreftscreening for alle som vil teste seg. I følge administrerende direktør og sjeflege Christian W. Loenneken, har om lag 100 personer benyttet seg av hjertesjekken hver måned siden november. I tillegg er cirka 40 prosent av alle koloskopiundersøkelsene screeningundersøkel-

ser. Volvat gjør også rundt 8000 mammografiscreeninger i året.

– Antall helsekontroller ligger ganske konstant på omtrent 9 000 per år, tilføyer Björn Gillhagen, avdelingsleder på Allmennavdelingen ved Volvat.

Unilabs tilbyr mammografi med henvisning fra senterets leger. – Målt i kroner er det kanskje to til fire prosent av inntektene som kommer fra såkalte helsekontroller for friske, forteller Tom Emil Asp, medisinsk sjef ved Unilabs.

Curato tilbyr mammografi og bentetthetsmåling for symptomfrie personer. – I Oslo og Akershus var det rundt 4500 kvinner som fikk utført mammografi uten henvisning i 2011. Når det gjelder bentetthetsmåling var det omlag 1050 personer som benyttet seg av det i Oslo og Akershus i 2011, sier Knut Korsbrekke, medisinsk direktør ved Curato.

På nettsidene til Aleris, Norges største private helse- og omsorgsforetak, tilbys det flere screening- og helseundersøkelser: «Generell helseundersøkelse», «Helsekontroll total» for «alle som enten har en høy arbeidsbelastning, en generelt stressende hverdag eller som trener med en intensitet som gjør det naturlig.» «Screening for tykktarmskreft og utredning av mage-tarmsykdommer» og «Grundig hjertesjekk med ultralyd». «Helsekontroll Total» inneholder blant annet en grundig hjertesjekk, og ultralyd av hjertet anbefales for å «kunne avdekke risiko for hjertelidelser og forebygge disse.»

Grethe Aasved, administrerende direktør i Aleris Helse, forteller at 95 % av helseundersøkelsene de utfører blir utført av avdelingen for bedriftshelse-tjenester. Ellers har hun ikke noen eksakte tall på hvor mange undersøkelser de gjør, for de skiller ikke

mellom de som for eksempel vil få utført en koloskopi på grunn av engstelse, eller de som har oppdaget blod i avføringen eller har en far som døde tidlig av tykktarmskreft.

Erstatter fastlegen. Gillhagen ved Volvat forteller at det er mange grunner til at pasienter oppsøker tjenestene deres.

– Mange har ikke kontakt med fastlegen, men ønsker en sjekk, forteller han. – En god del trenger råd om trening i forbindelse med muskel- og skjelettplager og stressmestring. Viktigst er det nok for mange å avkrefte uro for egen sykdom og å gi mulighet til å ta opp problemer av forskjellig art. Mange bruker dette som «årets legekontakt».

– Oppdages mange sykdomstilfeller gjennom disse kontrollene?

– Vi finner mange tilfeller med livsstilsykdommer og arvelig belastning, uten at jeg har tall eller prosent på det, men også en del tilfeller med kreft, sier Gillhagen. – Hos omtrent 95 prosent finner vi én eller flere risikofaktorer som disponerer for utvikling av hjerte- og karsykdom ved hjertesjekken, fortsetter Loenneken. – Ved koloskopi oppdages det signifikante adenomer (godartede svulster av en viss størrelse, red.anm.) ved cirka 18 prosent av screeningkoloskopier og kreft ved cirka 0,6 prosent av dem.

Når det gjelder hjertesjekken skriver Volvat på hjemmesidene sine: «Dersom undersøkelsen avdekker en eller flere risikofaktorer, vil du bli anbefalt å gå til steg 2 i undersøkelsen, som blant annet omfatter ultralyd av halskar. Steg 2 koster kr. 3000.»

– Bør for eksempel alle som røyker eller mosjonerer lite få utført ultralyd av halskar?

Her står det en annonse i papirutgaven. Av hensyn til reklameregler, er denne tatt ut i den elektroniske utgaven.

Redd Brystkreft?

Hjerte- og karsykdommer

Hyppigste Engstelig **DU!**

Dødsårsak

Hjertet
Tykktarm **Dødelig**

Kreft

Risikofaktor

Mammografi

Risiko

– Screeningundersøkelsen inneholder mange parabler. Etter at resultatene foreligger vil man bli vurdert med tanke på risiko for utvikling av hjerte- og karsykdom innen de neste 10 årene. Man kan altså ikke konkludere med at for eksempel lite mosjon alene vil være en indikator for anbefaling om ultralydundersøkelse, forklarer Loennecken.

– Har dere noen betenkeligheter ved å markedsføre helsekontroller for friske?

– Nei, ingen betenkeligheter fra min side, svarer Loennecken. – Vi gir nøktern informasjon om funnene og er tydelige på at en generell helsekontroll ikke er noen garanti mot sykdom eller sykdomsutvikling. Gillhagen legger til: – Volvats helsekontroller handler i hovedsak om å bevisstgjøre eget ansvar for egen helse, og dermed gi individet mulighet til å forebygge sykdom. Helsekontrollene er skreddersydd ut fra kjønn, alder og risikovurdering.

– Vi legger stor vekt på saklig informasjon på våre hjemmesider og driver ikke med aggressiv markedsføring som spiller på folks angst for sykdom, sier Grethe Aasved ved Aleris. – Samtidig driver vi ikke med overformynderi, så dersom en

pasient ønsker en undersøkelse, får de stort sett det. Dog er det alltid en lege involvert i denne vurderingen hos oss, slik at vi sikrer at undersøkelser med risiko ikke gjøres unødige. Det gjelder for eksempel stråling ved røntgenundersøkelser. Vi legger stor vekt på korrekt medisinsk faglig virksomhet og seriøsitet både som en del av det offentlige helsevesen og som et supplement. Alle pasienter som kommer til oss for undersøkelse møter en lege. Dette gjelder for eksempel også ved mammografi, en rutine vi vet vi er alene om blant private aktører. Man skal ikke glemme at det er mange som også oppsøker fastlegen sin for å få noe sjekket, og det er jo selvsagt helt legitimt, sier Aasved.

– Burde altså det offentlige helsevesenet være flinkere til å tilby helsekontroller før sykdom får utviklet seg?

– Ja, det hadde ut i fra våre erfaringer gitt en bedre helseøkonomisk effekt ved at man da får mulighet til å bremse og forhindre sykdomsutvikling på et tidlig stadium, svarer Loennecken.

Korsbrekke ved Curato presiserer at de var i gang med mammografi lenge før det offentlige screeningprogrammet for brystkreft. De ser gjerne at det offentlige også innfører screening av 40-åringer, slik de gjør i Sverige. – Vi har ved flere anledninger prøvd

«Jeg går daglig forbi plakater av typen: «Er du redd for brystkreft?»»

Jørgen Skavlan, s. 7

å foreslå dette for myndighetene og invitere oss selv til å være med på noe slikt, forteller Korsbrekke. – Vi har jo stor kapasitet, og vil gjerne være med å trekke lasset. Jeg synes vi burde gå bort fra tankegangen om at det er så stor forskjell på det offentlige og private.

Henger etter. – Det offentlige henger etter når det gjelder screening for tykktarmskreft, men nå er Helse Sør-Øst i gang med et pilotprosjekt, og det er bra, sier Aasved. – De andre offentlige screeningprogrammene er meget bra. Det at bedriftshelsetjeneste ikke er i offentlig regi legger jeg meg ikke opp i, det er jo prioriteringer som er gjort. Det er viktig å skille mellom diskusjonen om det private og offentlige helsevesenet, og mellom helseundersøkelse av syke versus friske. Jeg vil tro at dersom man hadde sjekket tilstanden til de pasientene som kommer til våre allmennleger, er de vel så syke som de som går til fastlegene. De som kommer til oss, kjøper seg jo ut av en kø der de ikke vil vente på time hos fastlegen. På den annen side er det en god del helseundersøkelser av presumptivt friske personer i offentlig regi: for eksempel pasienter som ønsker en sjekk hos kardiolog eller det at man går regelmessig til gynekolog eller ønsker en sjekk hos sin fastlege. De aller fleste personer oppsøker lege av en god grunn, sier hun.

Skeptisk til villscreening. Statssekretær Robin Kåss (Ap) i Helse- og Omsorgsdepartementet forteller: – Vi er opptatt av å innføre de kontrollene det er faglig

grunnlag for. Derfor har vi for eksempel startet en pilotstudie på screening for tykktarmskreft. I tillegg har vi hatt stor suksess med helsekontroller av barn ved helsestasjon og screening for livmorhalskreft. Men vi er opptatt av å ikke innføre villscreening. Uorganisert screening basert på kommersielle hensyn gir en usikker helsegevinst. Det er viktig at de har et faglig grunnlag og god oppfølging. Ellers følger vi alltid med på ny kunnskap og vil være raske med å innføre de kontrollene det er faglig grunnlag for at er gunstige for befolkningens helse, sier Kåss.

– Når det gjelder å innføre brystkreftscreening for 40 åringer er det en faglig vurdering hvorvidt vi skal tilby screening til flere, fortsetter han. – Vi baserer oss på råd fra de fremste ekspertene i Norge. Per i dag har vi den høyeste overlevelsen av brystkreft, og det er ingen grunn til å tro at norske kreftleger står tilbake for svenske. Det er viktig at politiske beslutninger baserer seg på medisinske råd, men det er ikke unaturlig at de som selger en tjeneste ønsker at Staten skal kjøpe den.

– Generelt vil jeg si at det er viktig at man har en medisinsk vurdering av hva slags undersøkelser og prøver man vil ta, avslutter Kåss. – Så er det opp til hver enkelt om man ønsker å gjøre det i privat eller offentlig regi. De fleste fastleger er jo private, men er finansiert av fellesskapet og er langt rimeligere enn helprivate tilbud. Personlig vil jeg anbefale å gå til sin fastlege, men det er opp til hver enkelt. ■

Starter pilotprosjekt

Over en fireårsperiode fra 2012 kommer 140 000 kvinner og menn i alderen 50-74 år fra Østfold, Akershus og Buskerud til å bli invitert til et randomisert pilotprosjekt for tarmkreft. Undersøkelsen vil enten skje med sigmoideoskopi, der et bøyelig skop føres opp i tykktarmens nedre og venstre del, eller med testing for okkult (usynlig) blod i avføringen. Testingen for blod vil skje med en immunokjemisk test (iFOBT) i hjemmet. Sju av ti positive prøver er falskt positive, ved denne metoden.

Studien skal gjennomføres i samarbeid mellom Kreftregisteret og Bærum sykehus, Sykehuset Østfold. Analysene av avføringsprøvene vil skje ved OUS, Radiumhospitalet.

– Det er vist i gode randomiserte studier at testing for fekalt okkult blod hvert eller annethvert år reduserer dødeligheten av kolorektal kreft med cirka 15 %. Sigmoidoskopi-screening reduserer dødeligheten med 25 %, sier Michael Bretthauer, professor og overlege ved seksjon for fordøyelsessykdommer, OUS, Rikshospitalet. Han har vært med på designe studien.

– For koloskopi (undersøkelse av hele tykktarmen) finnes det ingen randomiserte studier, så vi vet ikke om det har effekt og hvis ja, hvor stor effekten er. Vi gjør en stor europeisk studie på det nå, men trenger 10 år til før vi har resultater. Koloskopiscreening er ikke å anbefale per i dag, rett og slett fordi vi ikke vet om det nytter, sier Bretthauer. Han peker også på at man bør være sikker på effekten av koloskopi før det tas i bruk som screening, fordi det er mer invasivt enn alternative metoder.

ANE BRANDTZÆG NÆSS
PER HELGE MÅSEIDE

Her står det en annonse i papirutgaven. Av hensyn til reklameregler, er denne tatt ut i den elektroniske utgaven.



– Å få en pasient til virkelig å forstå hva en test innebærer av fordeler og ulemper, er tidkrevende. Så mye tid har vi rett og slett ikke, sier allmennlege Jørgen Skavlan.

Dilemmaer hver dag

Problematikken rundt vill-screening er noe fastleger står overfor hver eneste dag, mener allmennlege Jørgen Skavlan.

AV KRISTIN MACK-BORANDER

– Det klareste eksempelet er kanskje PSA (prostata spesifikt antigen, red. anm.). Cirka 80 prosent av alle PSA-prøver som tas er såkalt vill-screening og det finnes få klare kjøreregler. Helsedirektoratet kom med en pamflett for noen år siden og konklusjonen i den er vel at man nærmest ikke skal ta PSA i det hele tatt, sier han.

– Anbefalinger fra helsemyndighetene er bra, men det er ikke alle vi stoler like mye på. Dessuten er det mye annet som bestemmer hva vi fagfolk gjør, for eksempel erfaringer vi har gjort oss tidligere. Har man hatt én pasient med normalstor prostata ved palpasjon, men ekstremt høy PSA, og det viste seg at vedkommende hadde langtkommen kreft, ja da tar man PSA i fortsettelsen, uansett hva som anbefales. Selv spurte jeg en gang et titalls tilfeldig mannlige kolleger mellom 45 og 55 år om de hadde målt PSA på seg selv. Åtte av dem hadde gjort det. Dette reiser et viktig spørsmål: Skal vi leger være mer restriktive overfor pasienten enn vi er mot oss selv? Det må ikke bli en generell oppfatning blant folk at leger i det offentlige helsevesenet er restriktive, mens det hos de private er fritt fram. Når det er sagt, er det ikke tvil om at det tas

for mange prøver, og at mange av dem fører til en rekke dilemmaer, sier Skavlan.

– Har ikke fastleger med sin opparbeidede tillit hos pasienten en unik mulighet til å gi reflektert og nyansert informasjon om nytten av ulike tester?

– Å få en pasient til virkelig å forstå hva en test innebærer av fordeler og ulemper, er tidkrevende. Så mye tid har vi rett og slett ikke. Dagens pasienter er dessuten vel forberedt og kommer med klare bestillinger. Vi har sett en kolossal økt bevissthet blant folk de siste ti femten årene.

Positiv autoritet. – Legers reise ned fra pidestallen har i det store og hele vært positiv, men vi mistet noe viktig på veien, nemlig den positive autoriteten. Før *trodde* pasientene på oss når vi sa at de var friske. Nå møter de deg med skepsis, selv med både to og tre MR-bilder og spesialistvurderinger i lomma. Det er lett å føle at man, uansett hvor faglig og menneskelig man forsøker å være, ikke når fram. Balansegangen mellom det å ivareta både sin egen og pasientens autonomi, er noe vi fastleger kjenner på daglig. Kombinasjonen av selvbevisste pasienter og blodtørstige medier får nok mange til å tenke at denne kampen orker jeg rett og slett ikke å ta. Da er det lettere å sette et kryss.

Spiller på sykdomsangt. – I vår tid, hvor det å ha kontroll over kropp og helse er et viktig tegn på vellykkethet, er det lett

– Mer aggressiv markedsføring

– Det skal ikke benyttes formuleringer som kan gi publikum inntrykk av at man ved å unnlate å benytte de annonserte tjenester kan sette egen helse i fare, sier Trond Markestad, leder for Legeforeningens råd for legeetikk.

AV KRISTIN MACK-BORANDER

Han peker på at firmaene i stor grad utformer annonser som er i overensstemmelse med de etiske reglene med tanke på pris, adresse og ansvarlig lege.

– Den totale utformingen kan imidlertid fort bygge opp under en forestilling om at man utsetter seg for helseisriko ved ikke å delta i tilbudet, sier Markestad.

– Er private aktørers markedsføring med på å svekke tilliten til det offentlige helsetilbudet?

– Ja. Annonnene kan gi et inntrykk av at allment aksepterte medisinskfaglige anbefalinger ikke er gode nok og at det offentlige helsevesenet ikke gir et tilstrekkelig tilbud. Markedsføringen kan også bidra til å skape økt press på fastlegene om nødvendig testing.

– Har markedsføringen av forskjellige former for screening blitt mer aggressiv?

– Helt klart. Et par eksempler: Tre private helseforetak markedsførte seg som «ledende» innen sitt fagområde. Dette strider mot kravet om ikke å uttale seg om tjenestens kvalitet. I en brosjyre ble det anbefalt generell ultralydscreening hvert annet år fra 40 års alder for at man skulle oppdage sykdom. Slik annonsering er i strid med kravet om ikke å skape helseangst eller urealistiske forventninger.

– Kan ikke private helsetilbud frigjøre ressurser i det offentlige helsevesenet?

– Det er mer nærliggende at private screeningtilbud bidrar til å øke kostnadene i det offentlige. Pasienter med falske positive resultater avdekket ved privat screening, henvises gjerne til videre oppfølging i det offentlige. I tillegg skapes det en økt forventning i befolkningen om testing på stadig svakere indikasjon. Når det er sagt, mener Rådet for legeetikk at det må være fritt for enhver å søke medisinske tjenester ut over det som tilbys i det offentlige helsevesen dersom kostnadene ikke belastes samfunnet.

Kun kritikk. Trond Markestad opplyser at Rådet for legeetikk ikke har sanksjonsmuligheter ut over å kritisere firmaer for markedsføring i strid med Legeforeningens etiske regler. ■

å spille på folks sykdomsangst. Jeg går daglig forbi plakater av typen: «Er du redd for brystkreft?» Det er heller ingen tvil om at medias dekning av helsestoff bidrar til flere kryss på rekvisisjonsarket.

– **Ikke alt er like godt dokumentert. Er leger flinke nok til å bevisstgjøre seg selv og pasienten om dette, eller er de med på å nøre opp under en type falsk trygghet?**
 – Vår jobb er jo i stor grad å berolige. En såkalt «helsesjekk», hva er nå det? Jeg oppsøkte selv en nyrelege engang fordi jeg trodde jeg hadde fått diabetes type II. Legen gjorde alt det hun skulle gjøre: Ba meg ta av meg på overkroppen, lyttet på hjerte og lunger, palperte abdomen og så videre – hele ritualet, denne lille tangoen, som vi leger gjør. I 99 av 100 tilfeller oppdager vi jo ingenting med dette. 80 prosent av det vi fastleger driver med er ren samtale. Men får vi pasienten til å føle seg trygg, har vi allikevel gjort en god jobb. Sier vi derimot at dette ikke betyr noe, at det strengt tatt er liten grunn til å føle seg tryggere når man forlater kontoret, så får vi et stort forklaringsproblem. Usikre pasienter ender fort opp med å oppsøke det private helsevesenet. Det å berolige er en viktig del av behandlingen, selv om ikke alt vi gjør har et like tungt faglig fundament.

– **Politikere og helsebyråkrater synes å ha stor tro på nytten av informasjon. Kan det bli for mye av det gode?**

– En opplyst pasient er fort en vettskremt pasient. Å lese helsestoff i aviser og på nettet er ikke beroligende, men bekreftende – det bekrefter dine verste antagelser. Kriseoppfatningen i befolkningen er ekstremt sterk. Historiene om det feilamputerte beinet florerer. 96 prosent av de med testikkelkreft helbredes, men det er bare de resterende fire prosentene det snakkes om. Jeg tror stikkordet er riktigere informasjon, ikke mindre informasjon. Det å hige etter evig ungdom er blitt en selvfølge ingen stiller spørsmål ved lenger. Vi skal spille golf som 80-åringer og tilbringe alderdommen på spa! Folk trenger en motvekt til dette. Myndighetene har et ansvar for at helseopplysningen er mer nøktern og i tråd med hvordan livet faktisk fungerer, både på godt og vondt.

– **Er de private helsetilbudenes screeningstilbud bieffekter av velferdssamfunnet?**

– Ja, det tror jeg. Den såkalte velferdsfella er som en god og varm dyne. Vi vil ivareta på alle kanter og slippe mest mulig ansvar. Barna sendes i barnehage, svigermor på gamlehjemmet, og helsevesenet skal stå som garantister for vår fremtidige helse og velvære. ■

– Tjener penger på helsefrykt

Ørn Terje Foss, konsernoverlege i NSB og kjent helseopplyser fra helseprogrammet Puls på NRK, er skeptisk til grunnlaget mange private aktører har for å tilby helsekontroller.

– Det er en kjent sak at private virksomheter og avdelinger eid av sterke kapitalkrefter ser et stort potensiale i å tjene penger på folks helsefrykt. De tilbyr jo blant annet screening for en del ting man ikke kan gjøre noe med, og for andre tilstander enn de Helsedirektoratet og Legeforeningen har anbefalt (at det screenes for, red.anm).

– Når det gjelder for eksempel risiko for hjerte- og karsykdom behøver du ikke vite om du har høyt kolesterol eller ta ultralyd av bukaorta for å skjønne at det er lurt å kutte ned på røyken og mosjonere mer. I tillegg kan de selge en del av de testene de tilbyr billig eller kraftig subsidiert. Og standardavviket forteller oss jo at det alltid vil være noen med unormale verdier. Disse må da til utredning, og det kan være en gunstig måte å rekruttere kunder på. Når man avdekker en risiko, kan man få inntrykk av at dette er det viktig å gjøre noe med nå. Dersom det offentlige skal ta seg av risikofaktorer som ikke er veldig hastende kan det hende det tar lang tid, og da kan disse aktørene tilby seg å gjøre noe med det raskt i stedet.

ANE BRANDTZÆG NÆSS

Her står det en annonse i papirutgaven. Av hensyn til reklameregler, er denne tatt ut i den elektroniske utgaven.

Her står det en annonse i
papirutgaven. Av hensyn til
reklamregler, er denne tatt ut i
den elektroniske utgaven.

Styret

LEDER

Svein Aarseth 22 02 62 10
Frysja legekontor
svein.aarseth@legeforeningen.no

NESTLEDER

Kristin Hovland, Namf 23 19 51 00
Statens arbeidsmiljøinstitutt
kristin.hovland@stami.no

Recep Özeke 22 89 40 00
Oslo universitetssykehus, Aker
recep.ozeke@akersykehus.no

Pernille Bruusgaard 02180
Oslo kommune, Smestadhome
pernillebru@yahoo.no

Bjørn Sletvold, Af 22 58 44 99
Nydalen legesenter
bjorn.sletvold@vikenfiber.no

Siri Schøyen Seterelv, LSA 02180
Bydel Grorud
siri.schoyen.seterelv@bgr.oslo.kommune.no

Aasmund Bredeli, Of 22 11 80 80
Oslo universitetssykehus, Ullevål
aasmund.bredeli@ullevaal.no

Oscar Løvdal, PSL 23 07 26 00
Oslo Øre-Nese-Hals
oscar@oslo-onh.no

Kristian Fossa, Ylf 22 11 80 80
Klinikk for diagnostikk og
intervensjon ved OUS, Rikshospitalet.
kristian.fossa@rikshospitalet.no

Kjetil Fiane Christensen, Nmf 22 85 50 50
Universitetet i Oslo
kjetilfc@gmail.com

SEKRETARIAT

Unni Brøter 23 10 92 40
Oslo legeforening
unni.brøter@legeforeningen.no

Anita Ingebrigtsen 23 10 92 42
Oslo legeforening
anita.ingebriksen@legeforeningen.no

KURSKOMITÉ

Reidar Johansen 22 95 55 90
leder
Majorstukrysset legegruppe
reidar@doctor.com

LEGE FOR LEGE-ORDNINGEN

Ellen Scheel 22 51 11 00
Ullern legesenter
ellen.scheel@ullern.nhn.no

Oslo legeforening er en lokalforening
i Den norske legeforening.

LEDEREN

Reservasjonsrett

SOM HELSEPERSONELL utfordres vi stadig på vår etikk, både yrkesetikk og etikk knyttet til livsanskuelse. I oktober i fjor sendte HOD ut et rundskriv «Om reservasjon for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.» For noen leger er henvisning til abort jevngodt med å delta i abortinngrep og derved etisk uforsvarlig. La meg for ordens skyld presisere at jeg ikke er motstander av selvbestemt abort. Statsråden har uttalt at de som ikke ser seg i stand til å henvisne til abort, bør finne seg andre jobber enn å være fastlege. I rundskrivet står det at det ikke er adgang til å fravike bestemmelsen om å henvisne til andre helsetjenester

«Saken dreier seg om å klare å ha to tanker i hodet på en gang. På den ene siden – å ivareta den enkeltes pasientrettigheter, og på den andre siden å ivareta helsepersonells etiske integritet.

ved behov. Paragrafen det refereres til, har følgende formulering: «Fastlegen skal ha ansvaret for allmennlegetilbudet til personer på sin liste innen de rammer som gjelder for fastlegeordningen i lov, forskrift og sentral avtale.» Saken dreier seg om å klare å ha to tanker i hodet på en gang. På den ene siden – å ivareta den enkeltes pasientrettigheter, og på den andre siden å ivareta helsepersonells etiske integritet. Dypest sett dreier det seg om det å ivareta den enkeltes pasientrettigheter skal hvile på ett enkelt helsepersonell, eller om det er et samfunnsansvar.

UNDERLIG NOK har sentralstyret i sitt vedtak i sak 51/12 havnet på det første alternativet, altså at fastlegen ikke kan nekte å henvisne til abort. Jeg er imidlertid glad for at sentralstyret samtidig ønsker å gå grundig inn i temaet og at det vil bli drøftet på Landsstyremøtet i 2013. Mandatet er gitt i sak 87/12.

DET ER EN SELVFØLGE at legen som nekter å delta i henvisning eller utførelse av abort sørger for at pasienten allikevel får den helsehjelp hun har krav på ved å formidle kontakt til annen lege. Bl.a. i Oslo er fastlegen vanligvis ikke involvert, idet den abortsøkende kan ta direkte kontakt med kvinneklinikken.

JEG VIL ANTA at problemet er lite og at det kan løses med lokale avtaler, og at det bare unntaksvis vil være nødvendig å unnlate å tilby en person fastlegehjemmel for at kommunen skal kunne oppfylle sine forpliktelser. Slike lokale avtaler vil kunne gjøres uten at det blir ulempe av betydning for den enkelte pasient.

MIGRASJON MEDFØRER at helsepersonell møter pasienter med forskjellig etnisk og livsanskuelsesbakgrunn på samme måte som pasientene møter helsepersonell med forskjellig etnisk og livsanskuelsesbakgrunn. Det er her utfordringen ligger. Både Legeforeningen og våre helsemyndigheter må ta dette perspektivet inn over seg. Kan skje bør en slik rett tas inn i Helsepersonelloven som i dag kun er innrettet mot pasientrettigheter.

FOR EN KATOLIKK kan medvirkning til abort, også ved å henvisne til inngrepet, medføre ekskommunikasjon, dvs utelukkes fra det fulle fellesskap med kirken. Det er alvorlig.

WMA har i 2006 vedtatt en erklæring om terapeutisk abort. Det samme har Europarådet i sin Resolusjon 1763 (2010).



Svein Aarseth

SVEIN AARSETH
LEDER OSLO LEGEFORENING

Legeforeningens landsstyremøte 2012

Årets Landsstyremøte avholdes på Soria Moria tirsdag 22. – torsdag 24. mai. I år er det ikke valg, og dermed blir det bedre tid til viktige faglige og helsepolitiske debatter.

Tirsdag 22. mai inviterer Oslo legeforening til kveldsarrangement på Månefisken.

Under helsepolitisk debatt torsdag 24. mai vil følgende saker bli debattert:

0900 – 1130 Helsepolitisk tema I – fastlegeordningen – Hege Gjessing, Ragnhild

Mathiesen, Bent Høie

Hvorledes fastlegeforskriften blir seende ut vil få konsekvenser først og fremst for fastlegene, men kan også øke presset på spesialisthelsetjenesten.

1230 – 1430 Helsepolitisk tema II – forebygging – Hege Gjessing, Fedon Lindberg, Steinar Krokstad, Anne Hafstad.

Dette er også tema for årets Statusrapport som blir presentert under Landsstyremøtet.

Legeforeningen har også revider rapporten fra 2001 «Når du blir gammel og ingen vil ha deg» – om helse- og omsorgstjenester til eldre.

Andre aktuelle saker som vil bli debattert, er omstilling i sykehus, forskningsspolitikk og opprettelse av kompetanseområde i allergologi.

Landsstyremøtet er omtalt på Legeforeningens nettsider, der finnes også full sakliste, kjøreplan og saksdokumenter.

Svein Aarseth

Årsmøte med temamøte

onsdag 22. august
2012 i Legenes hus

Saker som ønskes behandlet, må være Oslo legeforening i hende senest åtte uker før årsmøtet. Emne for temamøtet og nærmere informasjon om årsmøtet blir offentliggjort senere.

AKTIVITETSPLAN OSLO LEGEFORENING

Juni

Lørdag 2. Styremøte i Bodø

Søndag 3. til tirsdag 5.

Kurs «Samhandling i Nord og Sør-øst» Utfordringer og muligheter. Sted: Røst

August

Mandag 20. Styremøte i Legenes hus, Æsculap

Onsdag 22. Årsmøte/temamøte i Legenes hus

Her står det en annonse i papiirutgaven. Av hensyn til reklameregler, er denne tatt ut i den elektroniske utgaven.

« Budskapet om at screening ikke er så bra som vi trodde og at det i praksis fører til direkte skade, er ikke lett å formidle

Å ringe Mette Kalager ved 20-tiden for et intervju er en dårlig idé – ingen svarer. Neste dag kommer unnskyldningen på sms – «jetlaget» har skylda. Hun er nettopp hjemkommet fra et av sine halvårslige opphold ved Harvard-universitetet. Hun samarbeider også tett med forskere i Sverige, Finland og Polen. Er det metodiske problemstillinger og nye funn rundt screening som trenger å kommenteres på lederplass i *New England Journal of Medicine*, er det gjerne Mette redaktørene ringer til.

Mette Kalager deler ellers tiden mellom Sykehuset Telemark, Jar i Bærum, og Universitetet i Oslo, der hun forsker på HELSAM ved UiO. Intervjuet skjer mens hun biler mellom to ulike steder, «det passer helt perfekt».

– Hvordan ble du egentlig opptatt av brystkreft – og brystkreftscreening?

– Da jeg jobbet ved sykehuset i Skien ble brystkreftscreeningen innført. Tidligere het det gjerne «i dag er det fem ablatioer, hvem vil ta dem» på morgenmøtet. Da man innførte screeningen endret man samtidig holdningen til å behandle pasientene. Det ble et helt annet samarbeid mellom kirurger, onkologer, røntgenleger og patologer. Når man så sa at det kun var screeningen som skulle redusere dødeligheten, ble jeg nysgjerrig. For jeg så jo med mine egne øyne at man også endret behandlingen, sier hun. Kalager forteller at dette er en av de utvilsomme godene ved det norske screeningprogrammet, samarbeidet mellom de ulike faggruppene er nå enda tettere og bedre.

Mette Kalager har ledet det norske Mammografi-programmet. Gjennom originalartikler i *Annals of Internal Medicine* og *New England Journal of Medicine* har hun vært med på å så betydelig tvil om de forventede effektene av screeningen. Dødeligheten er

METTE KALAGER

- ▶ Studerte medisin i Oslo, ferdig 1996.
- ▶ Turnus ved Telemark Sentralsykehus og Nome kommune
- ▶ Et halvt år i allmennpraksis i Telemark
- ▶ 5 år Kirurgisk avd. Sykehuset Telemark
- ▶ 6 år ved Kreftregisteret: 2 år som leder av Mammografi-programmet, resten som forsker. I løpet av tiden på Kreftregisteret opphold ved Harvard i 1 1/2 år
- ▶ Et halvt år kirurg ved OUS, avdeling Radiumhospitalet
- ▶ Siste 1 1/2 år ansatt som forsker ved Sykehuset Telemark og Harvard School of Public Health. Siste måneder også en bistilling ved Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo



kun redusert med 10 % i løpet av 10 år, mot en forventet reduksjon på 30 %. Dette betyr at kun 47 personer er reddet fra å dø av sykdommen. Samtidig blir mellom 15 og 25 % av kvinnene som deltar i brystkreftscreeningen overdiagnostisert. I denne gruppen ville brystkreftdiagnosen ikke ført til symptomer eller død dersom kvinnene ikke hadde deltatt i screening-programmet.

– Budskapet om at screening ikke er så bra som vi trodde og at det i praksis fører til direkte skade, er ikke lett å formidle. Dersom man ikke finner noe galt ved screening, er dette en lettelse. Men det vil også kunne være en lettelse å få høre at «det var godt at vi oppdaget dette så tidlig» som jo er budskapet til alle, også de som er overdiagnostisert og som ikke hadde trengt behandlingen.

Kalager legger ikke skjul på at de publiserte funnene har ført til sterk debatt innad i fagmiljøene.

– Hvilke reaksjoner har du egentlig fått?

– Folk flest er både åpne og nysgjerrige. Også politikere og helsemyndigheter har et nyansert syn. Mens fagmiljøene i mye større grad kan deles inn i de som tror på screening som metode, og de som ikke gjør det. Publiserte man en studie som sår tvil om effektene av screening, så fører disse gjerne til kommentarer fra tilhengerne om at studiene er dårlige og at man ikke kan stole på tallene.

Hva som eksakt bør endres i tiden framover vil hun nødig uttale seg om, ut over at kvinnene bør tilbys mer informasjon, så de kan gjøre informerte valg.

– I dag er det for eksempel slik at du automatisk får time til mammografiscreening, sier hun. Kanskje det ikke skal være sånn i fremtiden.

– Hva tenker du generelt om innføringen av helseundersøkelser utenom organiserte programmer, såkalt villscreening, og spesielt på spørsmålet om mammografi utført på kvinner under 50 år?

– Screening for kvinner under 50 år er ikke å anbefale. Selv ikke i USA gjøres det. Uansett om screening gjennomføres i eller utenfor programmer bør det gjelde samme krav om kvalitet og monitorering av tjenesten, sier hun.

– Jeg tenker også at de som tenker at de burde sjekke seg kanskje ikke er de som burde gjøre det, mens de som burde sjekke seg sitter hjemme i sofaen.