



Til Rådet for legeetikk

Tynset 7.april 2021

Svar på anmodning om faglig vurdering av markedsføring av gratis celleprøver

Fagstyret mottok en henvendelse fra Rådet for legeetikk med ønske om faglig vurdering av en reklamekampanje DnB hadde i samarbeid med Dr. Dropin. Rådet for legeetikk mottok 30.10.2020 kopi av brev lege Merethe Ravlo hadde sendt til DnB vedrørende en reklamekampanje de hadde i samarbeid med Dr.Dropin. Hun ønsket at Rådet for legeetikk skulle anse dette som en klage på Dr.Dropin til rådet. Rådet for legeetikk tok saken til behandling og mottok 17.1.2021 uttalelse i saken fra Dr.Dropin. Rådet for legeetikk vedtok å gi kritikk for brudd på Etske regler for leger kapittel I § 12 og uttalte blant annet: *"Bestemmelsen gir uttrykk for et prinsipp om rettferdig fordeling av helseressurser. Det å tilby en selektert gruppe kvinner, basert på deres kundeforhold til en bank, en gratis undersøkelse, står i skarp kontrast til dette prinsippet."*

Saken har også en klar medisinskfaglig side ved at det stilles spørsmål om håndteringen av screeningprogrammer, og oppfølging av pasienter i disse. Rådet for legeetikk ønsker derfor å innhente vurderinger fra de relevante fagmedisinske foreningene på dette punktet. Fagstyret valgte å sende henvendelsen videre til noen fagmedisinske foreninger og Norsk forening for allmennmedisin (NFA) takker for muligheten til å gi innspill. Vi har rådført oss med vår faggruppe i gynekologi og deres vurdering vedlegges i helhet under. Vi støtter alle de velbegrunnede argumentene fra faggruppa. Vi viser også til denne opprinnelige klagen fra dr Merethe Ravlo og støtter helt innholdet i denne.

Vi har noen tilleggskommentarer direkte til spørsmålet om håndtering av screeningprogrammet:

Ifølge fastlegeforskriften §17 skal fastlegen, basert på foreliggende journalinformasjon, søke å ha oversikt over innbyggere på listen der medisinske faglig oppfølging og koordinering er nødvendig. For å oppnå høy deltagelse i screeningprogrammet for livmorhalskreft er det avgjørende at fastlegen har informasjon om når kvinnen sist tok celleprøver eller HPV test. Ofte minnes kvinnen på at det er tid for nye prøver snart ved andre vurderinger hos fastlegen. Ved fragmentert ansvar for prøvetaking og oppfølging av livmorhalsprøver risikerer vi at færre kvinner totalt tar prøven og at kvaliteten på prøvene og tolkning av svar blir dårligere. Det er også viktig at alle fortsatt er tydelige på at dette er en fastlegeoppgave, vi forsøkte i høst å få enda flere fastleger til å tilby screeningprogrammet med en aktiv oppfordring:

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/nyheter2/fastleger-er-gode-pa-a-ivareta-kvinnens-helse-og-vi-skal-bli-enda-bedre/>

Livmorhalscreening

Målsettingen for Livmorhalsprogrammet er å redusere insidens og dødelighet av livmorhalskreft gjennom et systematisk, kvalitetssikret, populasjonsbasert screeningprogram for kvinner i screeningalder. Alle kvinner i målgruppen skal ha et likeverdig screeningtilbud.

Ved innsending av prøven er det viktig at informasjon om tidligere konisering eller tidligere funn av atypiske celler føres på rekvisisjonen. Dette er informasjon som ikke er tilgjengelig for private helseaktører, og det er også vanskelig for kvinnen selv å gjengi informasjon om. Det er f.eks relevant å informere om tidligere funn av ASCUS (irregulære plateepitelceller med forandringer av usikker betydning) eller LSIL (lavgradig skvamøs intraepitel lesjon) med negativ HPV-test (medfører anbefaling med ny cytologi om tre år – som i vanlig screeningprogram) eller tilsvarende forandringer med pos HPV test (ikke 16 eller 18) som medfører anbefaling om ny test etter ett år. Det er en klar fordel at dette følges opp av en behandler som har tilgang på tidligere sykehistorie og prøvesvar.

I Kreftregisterets brev til alle kvinner i målgruppen står det nå også følgende formulering:

«Ta kontakt med fastlegen din for å ta livmorhalsprøven. Fastlegen gjør denne undersøkelsen.»

Med vennlig hilsen

Marte Kvittum Tangen

leder

INNSPILL TIL NFA SITT SVAR TIL RÅDET FOR LEGETIKK

240321

Fra Faggruppen for gynekologi, Norsk forening for allmenntmedisin

Vedr. faglig vurdering av kampanjen DnB hadde i samarbeid med Dr.Dropin høst 2020

Vi er opptatt av å løfte frem følgende punkter i denne diskusjonen.

1. Fastlegen kan kvinnehelse

Fastlegene kan kvinnehelse og dette vi vil holde på. Denne pasientgruppen ivaretar vi godt i dag. Dette er ikke en pasientgruppe som belaster oss.

Når kvinnen kommer for å ta livmorhalsprøve hos fastlegen er det også en fin anledning for legen til å ta opp andre problemstillinger knyttet til kvinnehelse og på den måten bidra til bedre helse og livskvalitet.

Mange kvinner kommer til legen kun for å ta denne prøven og det er også en viktig kontaktflate for fastlege-pasient for å styrke pasientforholdet.

2. Fastlegene har aldri bedt om avlastning i kvinnehelsefaget

Vi er enige i at fastlegeordningen står ovenfor utfordringer, men fastlegene har aldri bedt om avlastning for å ta livmorhalsprøver.

Når kommersielle aktører sier de vil «avlaste» fastlegene, kan det virke utakknemlig av fastlegen å ikke takke og «ta imot». Det er ingen avlastning om andre aktører tar fra oss oppgavene knyttet til kvinnehelse.

Men det vi ser er at det ofte gir fastlegen mer arbeid at andre skal ta oppgaver som det her er snakk om; enkle problemstillinger, for å avlaste. Når kontinuiteten brytes hos fastlegen og skal bli tatt opp igjen på senere tidspunkt, vil dette ta både tid og kan potensielt skape økt sykdom ved at man ikke fulgte opp i tide eller fikk tatt riktige prøver.

Det hjelper ikke fastlegen at kontakten med friske kvinner som kommer for screening blir tatt av en «engangslege». Avlastningen må skje på andre måter som ikke er tema for diskusjon her.

3. Fastlegens rolle som kontinuitetsbærer med kjennskap til pasienten

Fastlegen er tilgjengelig for mennesker i hele landet og gir kvinnene best tilgang til å få tatt livmorhalsprøven. Det er fastlegen som kjenner pasienten best og det er fastlegen som sitter med størst del av helsehistorikken til pasienten.

«Det er godt dokumentert at det er en direkte sammenheng mellom varigheten av fastlege-/pasientrelasjonen og dødelighet. Jo bedre legen kjenner deg og dine utfordringer, desto bedre livskvalitet og helse oppnår du. At lege og pasient kjenner hverandre, gir også bedre behandlingsetterlevelse og bedre forebyggende resultater.» Nils Kristian Klev, Leder for Allmennlegeforeningen.

Kjennskap til pasienten er også en fordel ved tilbakemelding på prøvesvaret. Om svaret er avvikende, kan denne formidlingen være vanskelig. Livmorhalscreeningprogrammet er for å motarbeide livmorhalskreft. En avvikende prøve kan raskt tolkes av pasienten som at hun har eller er på vei til å få kreft. Avvikende celleprøver normaliseres oftest av seg selv og veldig få får videre utvikling til kreft. Ved vedvarende celleforandringer eller grovere celleforandringer har vi behandling som gjør at kreftutviklingen blir unngått. Å formidle dette uten å skremme er utfordrende og det er en klar fordel å kjenne pasienten. Fastlegen som kjenner pasienten fra før vet om hun er urolig, kan vektlegge informasjonen allerede ved prøvetaking og vil kunne følge opp over tid om det er nødvendig i forhold til videre prøver og bekymring.

Fastlegen kjenner pasienten og hennes medisinske historikk. Vi kjenner til risikofaktorer. Legen vet når det ble tatt prøve sist og resultatet. Vi har eventuelle epikriser fra andre offentlige behandlere. Per i dag er IT systemene for dårlige til å gi kontinuitet i helsetjenesten. Det er ikke flyt av prøvesvar mellom aktørene. Fastlegen sitter med mest informasjon. Problemet med å splitte opp tjenesten til mange aktører kan viktig informasjon bli borte.

Det kunne være en stor fordel om prøvesvar fra Kreftregisteret ble integrert med Kjernejournal.

4. Rettferdighetsprinsipp overfor alle pasienter

Fastlegeordningen står for likhet til alle. Å skulle ha fordeler inn mot et offentlig screeningprogram via sin bankforbindelse strider mot dette.

Pasienter har lov til å gå til den behandleren de vil og alle er enige i at det viktigste er at prøven blir tatt. Det er allikevel noe som skurrer når du kan få gratis behandling til en offentlig tjeneste fordi du har en bank som inngangsport.

Ideen til Dr.Dropin om å gi gratis livmorhalsprøve synes vi er god. Alle kvinner burde få gratis deltagelse i screeningprogrammet.

5. Argumentasjon om kapasitetsutfordringer knyttet til livmorhalsprøver

Kreftforeningen tok høyde for økt belastning i helsetjenesten mars 2020 og stoppet utsending av brev med påminnelse om å ta livmorhalsprøve da koronapandemien brøt ut. Mai 2020 startet de utsendingen igjen.

Det ble både i 2019 og i 2020 tatt 450 000 livmorhalsprøver. Det vil si at fastlegene tok like mange prøver i koronatid som i året før.

Etter screeningprogrammets rutiner skulle det vært 500 000 kvinner som skulle ta livmorhalsprøve i 2020, det vil si det mangler 50 000 prøver ut fra forventet dette året.

Helsedirektoratet har ikke gitt anbefaling om stans i livmorhalsprøver under pandemien. Tilbudet går som vanlig hos fastlegene. Mange leger har opplevd å ha hatt større kapasitet til å ta imot denne friske pasientgruppen i denne perioden.

Kreftforeningen har i samtale med kvinnene fått tilbakemelding om at mange ikke har tatt prøven fordi de ikke ønsket å oppsøke helsevesenet «unødvendig» både pga engstelig for smitte og for å ikke belaste legene. Det har ikke vært klage på avvisning fra fastlegene for å få tatt prøven.

Dette stemmer med det fastlegene har opplevd. Da man åpnet opp for pasienter etter nedstengning på våren var livmorhalsprøvetaking en oppgave fastlegene gjerne gjorde, men vi så at mange pasienter holdt seg unna legekantorene for å «skåne» legen eller i redsel for smitte. Utenom i perioden med lockdown i mars har kapasiteten til å ta livmorhalsprøver ikke gått ned. Nedgangen i antall prøver er i hovedsak på grunn av kvinnenes eget valg.

At Dr.Dropin mener de avlaster overbelastede fastleger i koronatid ved å ta livmorhalsprøver er ingen realitet. Kun et reklamestunt.

Med vennlig hilsen

Faggruppen for gynekologi ved

Kari Løvendahl Mogstad
Sara Kalstad
Kiana Kasiri
Marianne Natvik