Av ovennevnte grunner finner vi dessverre det presenterte leveårsregnskapet av liten interesse. Artikkelens tvilsomme kvalitet gjør at den ikke burde legges til grunn for generell helseinformasjon.

**Steinar Tretli**
**Rune Kvåle**
**Eivor Hernes**
Kreftregisteret

**Litteratur**

1. Johansen TEB, Berg C. Hormonbehandling av prostatakreft i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2558–62.

## T.E.B. Johansen svarer:

Fosså og medarbeidere redegjør for hvordan hormonbehandling av prostatakreft er ment å skulle praktiseres. Vi beskriver hvordan virkeligheten faktisk er. Økningen i omfang og de store fylkesvise variasjoner viser tydelig at norsk praksis ikke kan følge europeiske retningslinjer. Vår undersøkelse er den første i sitt slag. Resultatene underbygger en økende internasjonal bekymring for overdreven bruk av hormonbehandling og har stor interesse for oss som behandler levende mennesker.

At reseptregisteret ikke kjenner indikasjonen for hormonbehandling, svekker ikke leveårsregnskapet. Det er derimot klinisk urimelig å tro at den økte dødeligheten ved bikalutamid opphører når tumor vokser gjennom kjertelens normale begrensning. Å skille mellom lokalisert og lokalavansert sykdom ved rektal palpasjon er som å kaste mynt og krone. Prostata har dessuten ingen anatomisk kapsel.

Det er viktig å være klar over at de to studiene som leveårsregnskapet bygger på, bruker ulike effektmål. I SPCG-4 (om radikaloperasjon) vurderes dødelighet, i SPCG-6 overlevelse, som faller best ut for bikalutamid. I en større rapport om hormonbehandling der data fra SPCG-6 studien inngår, fant man også redusert overlevelse i bikalutamidgruppen ved lokalisert sykdom (HR 1,16; 95 % KI 0,99–1,37) (1). Ser man på tap av leveår, slik vi har gjort, blir forskjellen høysignifikant. Markedsføringen av bikalutamid ved lokalavansert sykdom har ført til en utbredt feilaktig oppfatning om at adjuvant bikalutamidbehandling er gunstig også ved strålebehandling av lokalisert sykdom.

Justeringen av overlevelsesgevinst bygger hovedsakelig på referanse 14 som er en europeisk studie, sammenliknbar med norske forhold. Fosså og medarbeidere påviser ingen feil i vår artikkel, men det vil være relevant å teste modellen ved en internasjonal presentasjon av leveårsregnskapet.

Fosså og medarbeidere hevder at vi må etterkomme pasienters ønske om å måle prostataspesifikt antigen (PSA). Dette er oppsiktsvekkende. Det er spesialistenes ansvar å gi pasienter og primærleger informasjonsgrunnlag for å velge om PSA skal måles. Vi må ikke gjøre en akademisk problemstilling til et markedsspørsmål, og vi kan ikke overse det store etiske dilemmaet at de fleste urologene som har best kunnskap på området, velger ikke å måle PSA på seg selv. Fosså og medarbeidere fortier betydelige svakheter ved diagnostikk og behandling av prostatakreft.

Med overlevelsesgevinst < 2 % etter ti år faller radikalbehandling av prostatakreft utenfor kriteriene for prioritering i det offentlige helsevesenet. Så lenge helseressursene er begrenset, skyves andre viktige oppgaver til side. Vi må erkjenne tapet av livskvalitet og sannsynlig tap av leveår som følge av vår behandling. At dette kan skape forvirring, er selvsagt intet motargument. Vi må våge å diskutere om PSA-måling i det hele tatt er til gagn for pasientene.

Fosså og medarbeidere tar ikke stilling til alvoret i vår artikkel. Støtte fra en kompakt majoritet øker ikke sannsynligheten for at man har rett. De koordinerte leserbrevene er viktige for å få igang en diskusjon om spesialistenes forhold til legemiddelindustrien.

**Truls E. Bjerklund Johansen**
Århus

**Litteratur**

1. McLeod DG, Iversen P, See WA et al. Bicalutamide 150 mg plus standard care vs standard care alone for early prostate cancer. BJU Int 2006; 97: 247–54.

---

# Stille om ultralyd – en treffende samtidskarakteristikk?

I Tidsskriftet nr. 24/2008 hevder Bjørn Hofmann at ultralydteknologien i dag på ny synes å unnslippe etisk debatt (1).

Det er uklart hva Hofmann etterlyser. Dersom påstanden er at etisk debatt omkring tidlig ultralyd har vært fraværende, er en alternativ påstand fristende: Få land i verden har her hatt en mer langvarig og pågående debatt! I Sverige og Danmark ser man til Norge når man vil trekke frem et eksempel på et land med heftig etikkdebatt. I 1999 ble et forskningsprosjekt på tidlig ultralyd forsøkt stanset av en helseminister og ikke tilrådd av en etisk komité. Hendelsen avdekket et stort engasjement gjenspeilet i en intens offentlig debatt som vedvarte i flere år. Norge ble så et av de få landene i verden som faktisk lovregulerte såkalt fosterdiagnostisk ultralyd gjennom bioteknologiloven fra 2003 (2). Mens de aller fleste danske, svenske, finske eller islandske kvinner kan få målt nakkefold kombinert med biokjemisk test tidlig i svangerskapet, er adgangen til disse testene begrenset i Norge. Det er nærliggende å se denne annerledesheten som resultat av en langvarig formgivende etikkdebatt. Det er derfor ikke helt lett å kjenne seg igjen i Hofmanns virkelighetsbeskrivelse.

Det er grunn til mer debatt, synes Hofmann å mene, men gir oss ikke disse grunnene. Det har kanskje vært stille rundt Kunnskapssenterets rapport fra 2008 om kombinert ultralyd og biokjemi (3). Rapporten slo fast at tidlig screening primært gjør det lettere å finne fostrene med Downs syndrom, men overlater til andre å vurdere om det er fornuftig å finne dem eller ei, i og med at dette er et etisk spørsmål. Etikkkapitlet i rapporten, skrevet av Hofmann, gir heller ingen svar, ettersom det kun lister opp etiske utfordringer. Problemet med denne metodiske tilnærmingen til etikk – sett i forhold til anklagen om manglende debatt – ligger i den ansvarsfraskrivende kasting av ballen over til andre. Selve arbeidet gjenstår. *Hvor* er det da debatten skal tas, *hvordan* skal den utløses og iscenesettes og *hvem* skal ta debatten? Kunnskapssenteret har inkludert etisk ekspertise i sine rapporter, trolig fordi etikken til en viss grad bør være integrert i det vi kaller kunnskap. Men hvorfor kunne da ikke Kunnskapssenteret selv ta stilling til ønskeligheten av å tilby kombinert ultralyd og biokjemi til alle gravide? Hvem bør gjøre det i stedet? Uansett hvilken normativ konklusjon Kunnskapssenteret hadde foreslått som den beste ut fra en kombinasjon av fakta og veiing av etiske hensyn, så hadde man da trolig oppnådd mer av det Hofmann etterlyser i sin leder, nemlig etisk debatt.

**Berge Solberg**
**Rune Nydal**
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

**Litteratur**

1. Hofmann B. Ultralyd - hva alle så, men ingen hørte. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2816.
2. Bioteknologiloven . Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. www.lovdata.no/all/nl-20031205-100.html (8.1.2009).
3. Reinar LM, Smedslund G, Fretheim A et al. Rutinemessig ultralydundersøkelse i svangerskapet. Rapport nr. 11/2008. Oslo: Kunnskapssenteret, 2008.

## B. Hofmann svarer:

Solberg & Nydal kommer med interessante innvendinger mot min lederartikkel der jeg løfter frem Lise Kvandes tankevekkende funn om at etikken ble «ryddet unna» i ultralyddebatten i 1986, og spør om noe tilsvarende skjer i dag.

Når Solberg & Nydal ikke gjenkjenner fraværet av etikkdebatt, kan det være fordi de ikke har lest beskrivelsen godt nok. De har rett i at det har vært en omfattende etikkdebatt om ultralyd i Norge (i perioden 1990–2003), men poenget mitt er at den har stilnet av nå som vi står foran viktige moralske valg. Jeg reiser spørsmålet om hvorfor det er slik, og jeg gir også noen mulige svar.

Solberg & Nydals andre innvending er av metodisk art og rammer i liten grad inn-

holdet i lederartikkelen eller ultralydspørsmålet: Den er rettet mot Kunnskapssenterets metodikk og meg personlig. De problematiserer at Kunnskapssenterets rapport kun gir en oversikt over de moralske utfordringene ved rutinemessig ultralydundersøkelse i svangerskapet og at den ikke kommer med konkrete anbefalinger. Jeg tror de har rett i at klare (og kontroversielle) anbefalinger kunne stimulere til etikkdebatt, spørsmålet er bare hvor Kunnskapssenteret skulle hente sin legitimitet.

Kunnskapssenteret har som målsetting å innhente, analysere og formidle kunnskap som inngår i beslutninger på alle nivåer i helsetjenesten. Mens enkelte metodevurderingsorganisasjoner i andre land gir konkrete anbefalinger, gjør ikke Kunnskapssenteret det. Her er mandatet snarere åpent å fremskaffe et solid beslutningsgrunnlag. Vurderingen av etiske utfordringer knyttet til helsetiltak inngår i dette, og det er utviklet en egen metodikk der moralske utfordringer belyses og drøftes (1). Den endelige vurderingen og beslutningen overlates til beslutningstakerne. Selv om Solberg & Nydals innvendinger tyder på det motsatte, er de godt kjent med Kunnskapssenterets rammebetingelser og metodikk. Deres kommentar viser at metoden fungerer: At de ikke klarer å lese mine personlige oppfatninger ut av rapporten, bekrefter at jeg holder meg til mandatet!

Nå kan man selvsagt være uenig i Kunnskapssenterets mandat og mene at klare anbefalinger ville gi bedre beslutninger og stimulere til etikkdebatt, men da bør man rette skytset mot andre mål. Dessuten bør man ha i mente at offentlige beslutninger krever særlig begrunnelse (2) og at institusjoner trenger en annen berettigelse om de er rådgivende enn om de fremskaffer, analyserer og drøfter informasjon (3).

Om etikere har et spesielt ansvar for å komme med råd og fremme debatt, slik Solberg & Nydal hevder, er langt fra åpenbart når man vet at etikere lett blir moraltekniske problemløsere og begeistrede medhjelpere for ny teknologi.

Etter Kvandes og mitt innlegg har vi sett etikkdebatt om ultralyd – men dessverre uten Solberg og Nydals bidrag.

**Bjørn Hofmann**
Oslo

**Litteratur**

1. Hofmann B. Etikk i vurdering av helsetiltak. Utvikling av en metode for å synliggjøre etiske utfordringer ved vurdering av helsetiltak. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008.
2. Nagel T. Moral conflict and political legitimacy. Philos Public Aff 1987; 16: 215–40.
3. Elster J. Hva skal vi med etiske komiteer? Etikk i praksis 2007; nr. 1: 11–31.

## Om å være arbeidende pensjonist i sykehjem

I Tidsskriftet nr. 23/2008 ga Torunn Janbu en oppsummering av Legeforeningens syn på legedekning og legekompetanse i sykehjem (1). Hun foreslo et formalisert kompetanseområde for alders- og sykehjemsmedisin bygd på spesialitetene allmennmedisin, geriatri og indremedisin. Jeg støtter dette forslaget og vil i denne forbindelse gjerne fremheve indremedisinerens forutsetninger for å gå inn i arbeid som tilsynslege ved sykehjem.

Sykehjemsmedisinen blir i dag antakelig i det alt overveiende ivaretatt av allmennmedisinere. Allmennmedisinere har god erfaring i å vurdere og behandle eldre menneskers plager, men deres største problem er tid og kapasitet. Den generelle indremedisinen dreier seg også i stor grad om eldre pasienter. Sykdomsspektret hos de eldre er bredt. Det blir derved en dyd av nødvendighet å være bredt orientert om sykdommer i de fleste organer. Allmennmedisineren har formodentlig bedre erfaring med psykosomatiske tilstander og demens, men ellers kan nok de faglige forutsetninger for å gå inn i arbeid i et sykehjem være nokså ekvivalente.

To forhold gjør at den pensjonerte indremedisiner kan være vel så egnet som allmennmedisineren, nemlig tid til disposisjon og krav om kontinuitet i arbeidet. En pensjonert indremedisiner kan uten store problemer justere sitt program slik at man oppnår kontinuitet og dermed sikrere service.

Min egen erfaring er begrenset til min egen person, men kan likevel kanskje være av interesse. Etter knapt 30 år som overlege i hematologi ved Regionsykehuset i Trondheim/St. Olavs hospital ble jeg pensjonist ved fylte 68 år. Jeg arbeidet så en dag i uken i fem år ved Hematologisk poliklinikk og har deretter i snart sju år vært tilsynslege ved en avdeling ved Nidarvoll sykehjem, hver onsdag og med øvrig telefonisk kontakt ved behov. Sykehjemsarbeidet har vært både til glede og stimulans. Sykdomsspektret er klart mindre preget av akuttmedisin enn i sykehuset, men alle organsystemer er representert, selvsagt mer preget av sviktende hjernefunksjon enn i sykehuset. Utfordringene er fortsatt mange både overfor pasienter og pårørende.

Jeg tror at følgende premisser må ligge til grunn for en pensjonists engasjement som sykehjemslege. For det første må man like gamle mennesker. For det andre må man ha god tid. For det tredje bør man ha god kontakt med rådgivere ved sykehusets poliklinikker, både innen somatikk, geriatri og psykiatri. Med kjennskap til eget sykehus er dette knapt noe problem.

En spesiell tilfredsstillelse er det å få være i arbeid i et miljø med gode helsearbeidere som behandler en pensjonist med velvilje og respekt, slik som regelen også er i sykehusets avdelinger. Min oppfordring til kommende indremedisinske pensjonister er å ta kontakt med kommunens sykehjemsadministrasjon for å skaffe seg interessant videre arbeid.

**Jon Lamvik**
Trondheim

**Litteratur**

1. Janbu T. Sykehjem med god legedekning. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2759.

## Farmasøyter gratulerer kliniske farmakologer

I Tidsskriftet nr. 1/2009 omtales synspunkter som kom frem på 20-årsjubileet for klinisk farmakologi i Norge (1). Gisle Roksund, leder i Norsk forening for allmennmedisin, advarte angivelig mot en utvikling der farmasøyter, apotek og legemiddelindustri i samarbeid skulle klare å få fotfeste som en del av primærhelsetjenesten og derved bl.a. svekke fastlegeordningen. Denne konspirasjonsteorien var ny for oss. Det finnes farmasøyter uten skumle hensikter som ønsker å støtte oppunder primærhelsetjenesten. Dersom han er sitert rett, ønsker Roksund å demme opp for «en uheldig utvikling» der farmasøyter blir en del av primærhelsetjenesten. Hvilken utvikling, og uheldig for hvem? spør vi.

Farmasøytbegrepet i Norge og Norden er ikke ensartet. Det omfatter utdanninger som er kortere eller på lavere nivå enn universitetsutdanning av internasjonal eller europeisk standard (artikkel 44 i direktiv 2005/36/EC). Den internasjonale standarden *Good Pharmacy Practice* (vedtatt av Verdens helseorganisasjon og Den internasjonale farmasøytføderasjonen) sier at all legemiddelforskrivning bør få en rimelighetsvurdering av en «pharmacist» (provisorfarmasøyt). Nordisk apotekpraksis blåser i dette kravet, og det er nok grunnen til at apotekenes råd til pasienter stort sett er av praktisk-teknisk art.

Farmasøytiske ambisjoner som omfatter klinisk pasientrettet arbeid, har i utlandet røtter tilbake til 1960-årene og utviklet seg parallelt med klinisk farmakologi. Det startet på sykehus og institusjoner og er godt innarbeidet i den anglosaksiske delen av verden. Nyere forsiktige norske tendenser i samme retning har overhodet ingenting å gjøre med apotekbransjens håpløse forslag om å tilby helsetjenester av typen diagnostikk, kontroll og villscreening. Det siste er en utvikling som det med rette kan slås hardt ned på. Det dreier seg om et desperat påfunn fra bransjeforeningen for å dekke inn tapt legemiddelavanse. Kjernevirksomheten til apotekene dekkes ikke av legemiddelavansen, ergo forsøkes ulike former for kryssfinansiering.