

Litteratur

1. Landmark K. Er de nyere antihypertensive medikamentene bedre og mer effektive enn diuretika? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 701–5.
2. Kjeldsen SE, Syvertsen JO, Lund-Johansen P, Hildebrandt P, Hansson L. Sammenlikning av forebyggende effekt av «nye» og «gamle» blodtrykksmedisiner. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1374–6.
3. Meland E. Blodtrykksmidler, markedsføring og forskning. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1521.
4. Workshop. Treatment of hyperlipidaemia. Stockholm/Oslo: Läkemedelsverket, Statens legemiddelkontroll, 1996.
5. Meland E, Ellekjær H, Gjelsvik B, Kimsås A, Holmen J, Hetlevik I. Medikamentell forebygging av hjerte- og karsykdommer i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2643–7.
6. Eccles M, Freemantle N, Mason J. North of England evidence-based guideline development project summary version of guidelines for the choice of antidepressants for depression in primary care. Fam Pract 1999; 16: 103–11.

Ingen skyr Allmennmedisinsk forskningsutvalg

Knut Arne Holtedahl og medarbeidere tar i Tidsskriftet nr. 11/2001 for seg forholdet mellom Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) og legemiddelindustrien (1). De gjør rett i å fastslå at Allmennmedisinsk forskningsutvalg er en ordning som – om enn frivillig – er til gjensidig nytte for industrien og de leger som utfører forskning. Når det gjelder melde- og søkeprosesser i forkant av legemiddelutprøvningsprosjekter, er det to instanser industrien først og fremst må forholde seg til: Statens legemiddelverk og de regionale etikkomiteene. Allmennmedisinsk forskningsutvalg er altså ingen obligatorisk instans for godkjenning av klinisk legemiddelutprøving i Norge. Dette er imidlertid ikke det samme som om at utvalget ikke blir benyttet. Som Holtedahl og medarbeidere er inne på, kan et stempel fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg være en verdifull tilleggsvurdering overfor en rekke leger som ønsker å delta i utprøvingene. Dette selv om utvalgets rolle først og fremst er – og må være – rådgivende og veiledende, og ikke instruerende. Uavhengig av utvalgets rolle er det viktig å huske på at industrien er avhengig av forutsigbare behandlingstider for sine forskningsprosjekter. Behandlingstiden er forutsigbar både hos Legemiddelverket og etikkomiteene. Begge instanser er forpliktet til en behandlingstid på maksimalt seks uker, en frist de er flinke til å overholde. Hos Allmennmedisinsk forskningsutvalg er det registrert betydelig lengre behandlingstider, faktisk opptil flere måneder, noe som vanskelig kan betegnes som akseptabelt. Dette problemet kan ikke alene løses, slik artikkelforfatterne foreslår, ved at industrien leverer inn en forespørsel til Allmennmedisinsk forskningsutvalg samtidig med at Legemiddelverket og etikkomiteene

får søknadene. Om dette er den direkte foranledningen til at utvalget har økt sitt behandlingsgebyr med 100 %, fra 4 000 til 8 000 kroner, vites ikke. Legemiddelindustrien legger imidlertid merke til dette, særlig når for eksempel Legemiddelverket (som altså er en obligatorisk instans) tar 5 000 kroner per behandlet prosjekt.

Legemiddelindustrien ønsker et fortsatt konstruktivt samarbeid med Allmennmedisinsk forskningsutvalg, og regner med at organet vil kunne spille en rolle også ved fremtidig klinisk legemiddelutprøving. Vi vil også tro at det vil være i både utvalgets, legenes og industriens interesser at Allmennmedisinsk forskningsutvalg strømlinjeformes slik at det mer effektivt kan møte de krav som både leger, industri og myndigheter har.

Dag Solbu
medisinsk sjef
Novartis Norge

Atle Skattebøl
medisinsk sjef
MSD Norge

FoU-utvalget i Legemiddelindustriforeningen

Litteratur

1. Holtedahl KA, Meland E, Klovning A. Om å stille kritiske spørsmål til legemiddelindustrien. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1403–4.

K.A. Holtedahl og medarbeidere svarer:

Vi takker for innlegg fra FoU-utvalget i Legemiddelindustriforeningen ved Dag Solbu og Atle Skattebøl. Det er fint at de signaliserer vilje til å lytte til Allmennmedisinsk forskningsutvalgs råd. Vi antar foreningen meget snart vil få anledning til å vise at dette er noe dere står for. Sentralstyret i Legeforeningen har nylig fattet vedtak om å gjennomgå og fremme forslag om endringer i retningslinjene for samarbeid med industrien, og en av oss har i den anledning sendt forslag til sentralstyret om at de nye retningslinjene tar med forhold omkring legers rolle som deltakere i industrifinansierte forskningsprosjekter. De nye retningslinjene for fair play bør blant annet klargjøre at AFU-godkjenning skal søkes der firmaet ønsker at allmennpraktikere rekrutterer pasienter, at uttalelse fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg må foreligge før det rekrutteres allmennpraktikere som deltakere (med unntak av allmennpraktikere i studiens styringsgruppe), og at honorering til de deltagende allmennpraktikere skal være kjent og stå i forhold til arbeidsinnsatsen.

Vi vil kommentere et par detaljer i Solbus og Skattebøls innlegg:

Det gjøres et poeng av at Allmennmedisinsk forskningsutvalg kan ha lengre behandlingstider enn de obligatoriske instansene. Til tross for at arbeidet utføres på utvalgets medarbeideres «fritid», har utvalget

i de fleste tilfeller overholdt sin egenpålagte saksbehandlingstid på åtte uker. Når dette ikke er oppnådd, har vi alltid beklaget det og «fritatt» legemiddelfirmaet for AFU-anbefaling. Dette vil vi gjøre også i fremtiden, i erkjennelsen av at vi ikke er så mange. Når industrien anbefaler oss å bli mer strømlinjeformet, må den i det minste la oss få saken samtidig som de formelle instansene, som har større ressurser. Det er klart, i motsetning til det Solbu og Skattebøl sier, at industriens problemer med å komme i gang kan løses ved at Allmennmedisinsk forskningsutvalg tilsendes forespørselen samtidig med Legemiddelverket og etikkomiteen. Og hvorfor skulle dere ikke det? Det krever ikke mer en ekstra kopi og et lite oversendelsesbrev.

Det undrer oss at industrien gjør et nummer av det lille gebyret som betales til utvalgets slunkne kasse – vi som gjør evalueringen har til nå gjort det ubetalt. 8 000 kroner er en ørliten brøkdel av kostnadene ved de prosjektene som presenteres. Skulle det nå vise seg at vår saksmengde øker ved at vi samarbeider mer, må vi komme tilbake til finansiering av vår virksomhet. En annen og enda viktigere sak på økonomiområdet er følgende: Vi synes det kunne være helt betimelig, som gjenytelse for allmennpraktikeres betydelige innsats, at for eksempel 1 % av en studies totalbudsjett ble bevilget til et industriuavhengig allmennmedisinsk forskningsfond. Sentralstyret i Legeforeningen er oppfordret til å ta opp også denne siden ved vårt fremtidige samarbeid med industriens organer.

Tromsø/Bergen

Knut Arne Holtedahl
Eivind Meland
Atle Klovning

Doping

I Tidsskriftet nr. 13/2001 har Inggard Lereim en lederartikkel om nasjonalt og internasjonalt antidopingarbeid (1). I artikkelen refereres det flere ganger til syntetisk erythropoietin, noe som ikke finnes. Riktignok er det mulig å syntetisere selve aminosyrekjeden til det endogene erythropoietin (165 aminosyrer), men sekundær- og tertiærstrukturen (og dermed den biologiske virkning) er det nok bare naturen som kan make å produsere. Derfor benytter man seg av rekombinant bioteknologi for å fremstille eksogent erythropoietin; det humane gen blir inkorporert i DNA-sekvensen til ovarieceller fra kinesisk hamster, som deretter produserer erythropoietin in vitro. Peptidkjedens sekvens og struktur blir på denne måten identisk med endogent, humant erythropoietin, mens det fortsatt vil være små forskjeller angående sialinsyreinnholdet i karbohydratdelen av molekylet (ca. 40 %), som ligger som et «skall» rundt peptidkjeden – og beskytter erythropoietin mot degradering i sirkulasjonen/ved leverpassasje. Det er disse små forskjeller i elektrisk ladning i karbohydratan-

delen man har konsentrert seg om når dopingjegerne skal få et instrument for å skille mellom endogent og eksogent erythropoietin.

Oslo

Even Sundal
medisinsk sjef
Janssen-Cilag

Litteratur

1. Lereim I. Nasjonalt og internasjonalt antidopingarbeid. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1563.

I. Lereim svarer:

Det er helt korrekt, som medisinsk sjef i Janssen-Cilag Even Sundal skriver, at erythropoietin ikke kan syntetiseres. Jeg er kjent med at det nyttes rekombinant bioteknologi for å fremstille eksogent erythropoietin. Det var ikke min hensikt med innlegget om antidopingarbeidet å gå inn i detaljer. Den utbredte populærbennevnelsen syntetisk EPO burde selvsagt i et fagtidsskrift vært byttet ut men den korrekte, slik Sundal påpeker.

Trondheim

Inggard Lereim

Fastlegereformen – noen viktige detaljer

Både Hans Petter Aarseth og Steinar Westin skriver utmerkede ledere om fastlegereformen i Tidsskriftet nr. 14/2001 (1, 2). Det er imidlertid noen sider ved fastlegereformen som jeg synes har fått for lite oppmerksomhet, men som for oss ved et lite kommunalt kontor blir svært tydelige nå.

Fastlegereformen er for kommunale legekontorer også en reform i overføringene fra staten. Før har vi hatt fastlønnskuttet for hver fastlønnet stilling for kommunelege og turnuslege. Dette opphører nå. Heretter skal vi skrive regningskort for alt vi gjør istedenfor, vi er altså på en måte blitt privatpraktiserende på kommunens vegne. Fortsatt er vi visst over 400 fastlønnede leger igjen i kommunene, pluss turnuslegene. Hvilke konsekvenser vil dette få for hvordan de kommunale kontorene arbeider? Og hva er statens hensikt?

Vi merker i hvert fall at nyordningen gir oss vesentlig merarbeid.

Hos oss, som så mange andre steder, har vi en ledig stilling, til tross for alt vårt strev gjennom flere år for å få den besatt. En stor del av befolkningen er derfor ikke blitt tildelt fastlege. De andre listene blir da raskt fulle, og noen bytterett av betydning foreligger ikke for innbyggjerne i vår kommune. Men verst er det at befolkningen er delt i et a-lag og et b-lag: De som skal ha service fra en av oss faste, og de som ikke skal ha det, men må forholde seg til vikarene. Før hadde alle på en måte samme rettigheter – ventet de lenge nok, fikk de komme inn til en lege som ikke var vikar.

Dette er etisk på kanten. Eller er det ikke det? Det kjennes i hvert fall ubehagelig.

Jeg forstår at søkningen til kommunene er blitt noe bedre. For oss som fortsatt har ledig stilling og ingen søkere når vi averterer, hjelper det så lite. Etter å ha planlagt for fastlegeordning i flere år hadde vi ikke tenkt å søke om suspensjon i juni 2001.

Jeg håper at Tidsskriftet fortsetter å belyse effektene av fastlegeordningen utover i landet i tiden som kommer.

Selbu

Bodil Dyrstad
kommunelege i Selbu kommune
tillitsvalgt OLL Sør-Trøndelag

Litteratur

1. Aarseth HP. Fastlegereformen er etablert. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1755.
2. Westin S. Nølede inn i fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1667.

S. Westin svarer:

Fra Selbu melder Bodil Dyrstad som kommunelege I at fastlegeordningen skaper problemer. Det er ikke til å undre seg over. For hun peker nettopp på sider ved reformen som kan komme til å skape vansker i mindre kommuner. For dette er jo ikke bare en reform til fremme av god og ansvarlig allmennmedisin, den innebærer også en storstilt privatisering av primærlegetjenesten. Ikke for byene, for der var det meste privatisert gjennom overgang til driftstilskuddsavtaler allerede. Men utover i landet har vi hatt mange godt fungerende fastlønnsavtaler, dels også organisert med utekontorer og kommunalt felles laboratorium.

Da jeg skrev lederartikkelen, satt jeg med et inntrykk av at det justerte regelverket var blitt så romslig at det beste ved de kommunale ordningene kunne få leve – dermed mitt håp om «at kommunene ikke hodestups privatiserer alt» (1). Etter Dyrstads kommentar og andre foruroligende meldinger er jeg blitt mer i tvil. For det er vel kanskje slik at hvis fastlønnskuttet til kommunene faller bort og erstattes av de knappe 30 % som fastlegetilskuddet nå er justert ned til, da blir vel også kommunene helt avhengige av legenes normaltariffinntekter. Og hva da med de små kommunene der takstinntektene blir beskjedne, men der antall leger likevel må være stort nok til å dekke vaktberedskapen? Vil disse småkommunene bli ordningens store tapere – de som allerede sliter med rekruttering av leger?

Hvis dette er en riktig tolking, kan det vel hende at Tønnes departement og Legeforeningen snarest bør stikke hodene sammen igjen. Hvis ikke Kommunenes Sentralforbund allerede har sett tegningen og satt noen i sving. I alle fall – her trengs det flere meldinger fra felten.

Trondheim

Steinar Westin

Litteratur

1. Westin S. Nølede inn i fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1667.

rettelse rettelse rettelse

Hippokrates' skrifter på norsk

Anne Ringnes

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1752

I Tidsskriftet nr. 14/2001 skal det under avsnittet På verdenstoppen stå: Boken er av en internasjonal komité av universitetsprofessorer valgt ut som en av verdens 100 mest innflytelsesrike fagbøker.

Målet er enhetlig kvalitet på spesialistene

Inger Johanne Øien

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1976–7

I Tidsskriftet nr. 16/2001 side 1976 tredje spalte skal det stå: *Den europeiske legeorganisasjon (Standing Committee of European Doctors, CP) er en paraplyorganisasjon for den medisinske profesjon i Europa...*

Side 1977 spalte to skal det stå: *Aasved trakk frem en interessant dom i European Court of Justice som åpner for at myndighetene kan pålegge språkkrav til leger som vil arbeide i annet EU/EØS-land.*

Side 1977 tredje spalte skal det stå: *European Court of Justice har også nylig behandlet saker i tilknytning til fritt helsetjenestemarked i EU. Det er avklart rett til polikliniske helsetjenester som betyr at pasienter kan reise til et annet land, få behandling og sende regningen til hjemlandet. Utgiftene dekkes dersom det er materielle og tidsbestemte rettigheter, det vil si at tilbudet i hjemlandet er der. Nå avventes dom i flere saker som angår også sykehusbehandling. Dersom pasientene vinner frem i disse sakene, vil det kunne få store konsekvenser for utvikling av pasientrettigheter i Europa og for det enkelte lands organisering av sine helsetjenester.*