

Norge, var diametralt forskjellige. I Felleskatalogen var det anført en håndfull «milde oftest forbigeående» bivirkninger, mens det i den amerikanske legemiddelkatalogen var advart mot en rekke mulige alvorlige og potensielt livstruende bivirkninger (3).

I legemiddelfirmaets søknad om godkjenning i Norge heter det bl.a. at «Novo-Nordisk A/S sender samtidig inn søknader i de nordiske land, mens Beecham sender inn i de øvrige europeiske land. Alle søknader er basert på identisk dokumentasjon. Søknad ble sendt til USA i november 1989» (4). Det heter videre: «Det ble ikke oppdaget kreftfremkallende potensiale og det ble ikke observert gentoksiske effekter i levetids-studier på rotter og mus i et batteri in vitro og in vivo mutagenitet-tester.» I den amerikanske søknaden heter det imidlertid bl.a.: «Det ble utført toårige kreftstudier hvor paroxetin ble gitt mus og rotter. (...) Det var et signifikant større antall hanrotter i høydosegruppen med retikuluncellesarkom. (...) ...og en signifikant økt lineær tendens på tvers av gruppene med forekomst av lymfocytiske lymfom i hanrotter. (...) Relevansen for disse resultater hos mennesker er ikke kjent.»

Til tross for at det i en lederartikkel i *Lancet* (5) bl.a. heter at FDAs Center for Drug Evaluation and Research (CDER) er blitt en tjener for industrien («has become the servant of industry»), er det i dag tilsynelatende kun FDA som formidler en noenlunde korrekt informasjon om såkalt negative resultater. Årsaken til at enkelte legemiddelfirmaer kan tillate seg å tone ned og/eller utelate essensielle negative resultater samtidig som de offentlig benekter dette, skyldes bl.a. at ikke alle nasjonale kontrollorganer har den nødvendige kvalitet og integritet.

Svein Reseland
Hosle

Litteratur

1. Skattebøl A, Bratten G, Solbu D, Sundal E, Ulshagen KM, Wibe E. Forstemmende om medikamentell terapi. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1238–9.
2. Finnsnes K. Dokumentinnsyn – Seroxat. 17.1. 2003. Oslo: Helsedepartementet, 2003.
3. Physicians' desk reference (PDR). 48. utg. Montvale, NJ: Medical Economics Company, 1994.
4. Romøren B-LB. Novo-Nordisk A/S. Søknad om markedsføringstillatelse. 16.2. 1990. Oslo: Statens legemiddelkontroll, 1990.
5. Horton R. Lotronex and the FDA: a fatal erosion of integrity. Lancet 2001; 357: 1544–5.

Veien til riktig diagnose er lang

I min undervisning i ernæring ved Høgskolen i Sør-Trøndelag har jeg iblant den glede å kunne hjelpe studenter med et helseproblem som ikke godt nok kjent blant leger i Norge. Her er historien til «Anna», en voksen kvinne med et tradisjo-

nelt norsk kosthold. En av de mange med tykk pasientmappe.

Anna var i mange år plaget med magesmerter og diaré. Følgende diagnoser er blitt stilt: Trass (som barn ønsket om å være lenge oppe), dårlige spisevaner («Anna, du spiser usunt, uregelmessig og for sent om kvelden»), menstruasjonsmerter («alle har smerter ved menstruasjon, p-pille vil hjelpe»), tarminfeksjoner («hunden din er borti litt av hvert og gir deg tarmproblemer, det er ikke nødvendig å ta prøver»), graviditet («vær glad du har diaré, det er verre å ha forstoppelse»; «vær glad for at du er glad i melk, det trenger du til den lille») – det ble fem barn med store magesmerter under graviditet og amming og mye melk), blindtarm («blindtarmen har sprukket, vi må ha deg på sykehuset»), kolikk (piller mot kolikk hjalp noe), underlivsproblemer og irriterbar tarm.

I oktober 2002 ble det endelig tatt prøver. Det ble påvist laktoseintoleranse etter en laktose/H₂-test.

Flere av mine studenter har vært innom mange leger uten at laktoseintoleranse blir vurdert. De får en aha-opplevelse når vi gjennomgår laktoseintoleranse, som svar på egne eller barns symptomer. Et barn har legeskrekke etter alle legebesøkene og blodprøvene. Et annet barn har ifølge sin journal «hysteriske foreldre».

Jeg håper historien om Anna kan hjelpe flere.

Merete Askim
Høgskolen i Sør-Trøndelag

Kaffe og dødfødsel

Tak for omtale i Tidsskriftet nr. 10/2003 (1) av vores studie af sammenhængen mellem gravidens indtagelse af kaffe og risikoen for dødfødsel og spædbarnsdød (2). I indlægget skrives det, at vi ikke fandt nogen sammenheng mellem kaffe og vuggedød. Dette vil vi gerne have lov til at kommentere ligesom vi vil knytte en kommentar til vores resultater.

Vi fandt i en undersøgelse af 18 478 graviditeter, at indtagelse af større mængder kaffe under graviditet øgede risikoen for dødfødsel, men ikke spædbarnsdød. Undersøgelsen blev gennemført som en prospektiv follow-up-undersøgelse og som følge heraf var antallet af dødfødte døde i første leveår lavt. Vi havde derfor ingen mulighed for at undersøge sammenhængen mellem kaffe og specifikke dødsårsager og kan ikke udfra vores undersøgelse udelukke en sammenheng mellem kaffe og vuggedød, som fundet i et tidligere studie (3). Vi fandt, at kvinder med et stort kaffeforbrug oftere var rygere og havde et højere forbrug af alkohol. Kontrol for disse variabler påvirkede resultatet, men kunne ikke forklare hele sammenhængen mellem kaffe og dødfødsel. En række andre

variabler, som vi kontrollerede for, ændrede ikke resultaterne, men det er muligt, at faktorer, som vi ikke medtog i analyserne – herunder oplysninger om ernæringsstatus og kostvaner – kan have betydning for resultatet.

Kaffe er et ofte brugt nydelsesmiddel, også blandt gravide, og hvis vores resultater afspejler en direkte årsag-virkningssammenheng, er det væsentligt at gravide vejledes om begrænsning af indtagelse af kaffe. Imidlertid er spørgsmålet om kausalitet endnu uafklaret, og i et randomiseret studie, der inkluderer 1 000 gravide undersøges i øjeblikket effekten af kaffe henholdsvis med og uden koffein.

Kirsten Wisborg
Skejby Sygehus
Århus
Ulrik Kesmodel
Bodil Hammer Bech
Morten Hedegaard
Tine Brink Henriksen

Litteratur

1. Hem E. For mye kaffe øker risikoen for dødfødsel. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1307.
2. Wisborg K, Kesmodel U, Bech BH, Hedegaard M, Henriksen TB. Maternal consumption of coffee during pregnancy and stillbirth and infant death in first year of life: prospective study. BMJ 2003; 326: 420.
3. Ford RP, Schluter PJ, Mitchell EA, Taylor BJ, Scragg R, Stewart AW. Heavy caffeine intake in pregnancy and sudden infant death syndrome. New Zealand Cot Death Study Group. Arch Dis Child 1998; 78: 9–13.

Kostnadene ved sykefravær

Arne Sandervang kommenterer i Tidsskriftet nr. 10/2003 (1) en artikkel av Bjerkedal & Thune i Tidsskriftet nr. 5/2003 (2).

SINTEF Unimed gjennomførte i 1999 en undersøkelse finansiert av NHOs arbeidsmiljøfond (3). Vi fant da at bedriftenes kostnader ved sykefravær var i nærheten av 1 700 kroner per fraværsdag. Herav var om lag 1 000 kroner kostnader ved produksjonstap, mens 700 kroner utgjorde økte utgifter for bedriftene til vikarer, overtid og liknende. De økte utgiftene for bedriftene kan imidlertid ikke umiddelbart betraktes som en samfunnsøkonomisk kostnad. For eksempel vil økte utgifter til overtid for arbeidsgiveren tilsvare økte inntekter for arbeidstakeren. De samfunnsøkonomiske kostnadene er derfor nærmere 1 000 kroner per dag enn 1 700 kroner.

På tidspunktet for undersøkelsen hadde vi ikke fullstendige tall for alt sykefravær, noe som er blitt tilgjengelig fra og med 2001 (2). Vi regnet derfor totalt sykefravær til det dobbelte av det som trygden refunderte (fra og med dag 15 av sykefraværet). Om vi hadde visst at langtidsfraværet utgjorde omkring to tredeler av samlet fravær, hadde våre kalkyler vist enda lavere tall.

Kostnadene ved det totale sykefravær omfatter ikke bare trygdens utbetalinger til lønnsrefusjon for de sykmeldte, men også produksjonstap i næringslivet. De totale kostnadene er nå trolig nærmere 50 milliarder kroner enn 85 milliarder, som Sandervang skriver (1). Uansett taler vi her om betydelige beløp!

Karl-Gerhard Hem
SINTEF Unimed

Litteratur

1. Sandervang A. Hva koster sykelønnsordningen? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1398–9.
2. Bjerkedal T, Thune O. Hva koster sykelønnsordningen? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 662–3.
3. Hem K-G. Økonomiske konsekvenser av sykefravær. STF78 A00508. Oslo: SINTEF Unimed, 2000.

A. Sandervang svarer:

I undersøkelsen som SINTEF Unimed gjennomførte i 1999, er det to forhold som for meg indikerer at de totale kostnadene for sykefravær likevel ligger høyere enn det Hem antyder i sin kommentar.

For det første inkluderer de 1 700 kronene per sykefraværsdag ikke lønn til den ansatte som er fraværende. Dette er en regnskapsdokumentert kostnad for bedriftene som kommer i tillegg til produksjonstapet pga. sykefraværet de første 16 dagene.

For det andre var det mest signifikante konsekvensen av sykefravær økt arbeidsbelastning både i produksjonen og administrativt, samt forsinkelser og redusert kvalitet på produktene og/eller tjenestene. Slike konsekvenser lar seg til en viss grad også kvantifisere og kostnadsberegne ved for eksempel å gjennomføre dybdeanalyser i et utvalg av bedrifter.

Jeg vil fortsatt påstå at de totale kostnadene – når vi tar med alle de konsekvensene sykefraværet medfører for bedriftene – ligger nærmere 80 enn 50 milliarder kroner. Det er kanskje snart på tide å gjennomføre en ny undersøkelse om kostnadene ved sykefraværet?

At det dreier seg om betydelige beløp er vi enige om!

Arne Sandervang
ECONman Personaløkonomisk Senter

Fastlegeordningen og honorar for eldre pasienter

Jeg henviser til leder i Aplf Kjell Maartmann-Moes innlegg i Tidsskriftet nr. 10/2003 (1). Fastleger som har mange eldre pasienter med multimorbiditet på listen, har utvilsomt lengre og dermed færre konsultasjoner og lavere inntjening i praksis. Det er uholdbart og forkastelig å nekte pasienter å ta opp mer enn ett problem per konsultasjon, slik en del fastleger dessverre praktiserer.

Jeg er enig med Maartmann-Moe i at det

blir for komplisert med ulike basistilskudd for ulike innbyggere. Den enkleste og beste løsningen er etter mitt skjønn å øke normaltariffens tidstakst (takst 2cd). Denne kan gjerne fordobles. Det vil da spille mindre rolle for inntjeningen hvorvidt legen har lange og få konsultasjoner per dag eller mange og korte. Samtidig kan basistilskuddet reduseres og gjerne halveres. Det vil da bli mindre lønnsomt å være listebaron.

En overføring av penger fra basistilskudd til tidstakst er den beste løsning på det problem som Maartmann-Moe og Harald Drøsdal fortjenstfullt tar opp.

Gunnar Hetland
Granvin

Litteratur

1. Maartmann-Moe K. Differensiert basistilskudd i fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1400.

Legeetikk, helsepolitikk og massemediene

Det har lenge undret meg hvordan en del kolleger i ledende stillinger setter seg selv i allmennhetens skammekrok i møte med massemedier og helsepolitikere. Vi snakker her om fremragende fagfolk med lederansvar i fremskutte posisjoner. Likevel synes det som om de går i fellen og ender opp med svartepet i debatter, intervjuer og det helsepolitiske spillet. Det blir gjerne medisinske fagpersoner med «20 i innhold og 0 i stil» mot journalister og demagogiske politikere med «20 i stil og 0 i innhold». Det kan synes som om kollegene ikke er klar over at man egentlig snakker med allmennheten når man opptrer i massemediene. Tilsynelatende brukes fagfolk som referanser også i disse situasjonene. Viktigst må være at hovedbudskapet forstås og at de medisinske ledere på standens vegne fremstår på en akseptabel måte overfor allmennheten. Hvilket hovedinntrykk sitter folk flest igjen med? En del begredelige forestillinger kan skyldes svak håndtering av massemediene, men dette forklarer neppe alt. Etter min mening trengs en bevisstgjøring av flere aspekter.

I utgangspunktet har man en lei tendens til å sette seg i forsvarsposisjon på vegne av alt og alle i helsevesenet. Man posisjonerer seg som gissel for «systemet», er overdrevent lojal og straffes for det. Leger skal ikke forsvare politiske prioriteringer og økonomi, spark heller den ballen over til byråkrater og politikere, der ansvaret hører hjemme! Når en medisinsk leder snakker til folk flest gjennom massemediene, må han/hun primært tale pasientens sak. Man oppfattes i første rekke som lege selv om man som leder formelt sett er arbeidsgivers mann. Folk forventer at legens etiske grunnlag er pasienten og ikke pengene eller «systemet». Når leger sår tvil om dette, gir

det sviktende tillit. Det er også forbausende hvor liten politisk forståelse og innsikt man kan ha selv høyt oppe i det medisinske hierarkiet. Kunnskapen om det politiske spill rundt helsevesenet synes å være lav, og man blir lett sjakkmat. Man glemmer at folk flest kan ha andre helsepolitiske referanser enn kollegene og byråkratiet.

Det er befriende når kolleger i ledende stillinger står frem i massemediene med klare og tydelige standpunkter som forstås av alle og som ikke etterlater tvil om at pasientens beste er hovedsaken! Dessverre er ikke dette alltid tilfellet. Det synes å være behov for en bevisstgjøring av krysningspunktet mellom etikk, helsepolitikk og massemedier. Det må ikke reises berettiget tvil om legenes etiske base, ei heller for dem i «ledende posisjon». Pasientens beste skal og må fremheves som legenes etiske forankring. Da tror jeg også man vil lykkes bedre med kommunikasjonen i det offentlige rom.

Gunnar Tanum
Bærum

Brev til redaktøren

- **Maksimum 400 ord og fem litteraturhenvisninger**
- **Dobbelt linjeavstand og bred marg**
- **Avsender garanterer for medforfatteres underskrifter**
- **Sendes redaktøren som e-post**

tidsskriftet@legeforeningen.no
eller

A-post

Tidsskrift for Den norske lægeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo
eller
telefaks 23 10 90 40.

Bruk kun én forsendelsesmåte!