

familiebehandling ved psykoser. Dersom utsagnet dreier seg om bruk av medisiner generelt mot det som egentlig er kommunikasjonsproblemer, milde depresjoner i krisesituasjoner etc., så er jeg enig med ham. Vi skal ikke diagnostisere og medikamentbehandle slike tilstander.

Dessverre leser jeg i denne diskusjonen et romantisk og urealistisk syn på psykossens natur som jeg ikke kan dele. Disse tilstandene er altfor alvorlige til at vi kan tillate oss å hevde at symptomene bare er uttrykk for samfunns- eller familieproblemer (2). Schizofreni har nok dessverre ofte et nevropatologisk fundament, noe som sannsynligvis er forklaringen på at antipsykotika ofte virker og aldri bør være prøvd.

**Tor K. Larsen**

Sentralsjukehuset i Rogaland

#### Litteratur

1. Pharoah FM, Rathbone J, Mari JJ et al. Family intervention for schizophrenia (Cochrane Review). I: The Cochrane Library, 2. utg. Chichester, UK: John Wiley, 2004.
2. Larsen TK. Psykiatri og naivitet. Dagbladet 5.11.2003.

## Søvnighet ved dødsfall blant bilførere

Trine Brevig og medarbeidere tar i Tidsskriftet nr. 7/2004 opp et viktig og interessant tema (1). Forfatterne har studert obduksjonsrapportene til 167 bilførere som omkom i trafikken. Konklusjonen er at bilførere som får dødelige skader i trafikalt uforklarlige ulykker, sjelden har tegn til sykdom som årsak til ulykken. Forfatterne angir at en større andel av trafikkulykkene med dødelige skader hos bilfører skyldes rusmidler og muligens også selvmord. Det forelå imidlertid ingen sikker indikasjon på selvmord, for eksempel avskjedsbrev, for noen av ulykkestilfellene. Artikkelen er spennende. Jeg tviler ikke på hovedfunnene, men vil gjerne trekke frem en annen sannsynlig årsak som ikke ble omtalt.

En rekke nyere studier peker på søvnighet under bilkjøring som en viktig årsak til trafikkulykker (2). 29–55 % av bilførere rapporterte søvnighet under kjøring, 11–31 % rapporterte å ha sovnet bak rattet og 4–12 % rapporterte å ha vært involvert i en trafikkulykke pga. søvnighet. Nyere data kan tyde på at søvnighet kanskje spiller en rolle i rundt 20 % av alle trafikkulykker (2). Dette er skremmende tall. Jeg tror mange av oss har opplevd å kjempe mot søvnen under bilkjøring.

Søvnighet på dagtid kan skyldes flere faktorer. Søvnproblemer er svært prevalente i befolkningen og kan gi økt søvnighet på dagtid og dermed fare for trafikkulykker. Adekvat behandling av søvnlidelsen vil ventelig redusere søvnigheten på dagtid. Nattarbeid forstyrrer døgnrytmen, og mange skiftarbeidere klager over søvnpro-

blemer og tretthet. Noen mennesker sover mindre enn de trenger, uten at dette skyldes sykdom eller skiftarbeid. Enkelte ser på søvn som et nødvendig onde og prøver å unngå å bruke for mye tid på å sove. Det er gjort flere studier på prestasjonsevne etter langvarig våkenhet. Disse viser at kjøreevnen etter 17 timer med kontinuerlig våkenhet tilsvarer kjøreevnen ved en promille på 0,5 (2, 3). Etter 21 timer med kontinuerlig våkenhet er kjøreevnen tilsvarende en promille på 0,8 (3). Dette understreker at søvn er viktig for normalt funksjonsnivå. Søvnrelaterte trafikkulykker skjer i hovedsak om natten mellom kl 03 og 05, og på ettermiddagen mellom kl 14 og 16 (2). Dette skyldes sannsynligvis at søvnigheten er avhengig av døgnrytmen (4). Av denne grunn kunne det være interessant om Brevig og medarbeidere så nærmere på når på døgnet ulykkene skjedde.

**Bjørn Bjorvatn**

Universitetet i Bergen

#### Litteratur

1. Brevig T, Arnestad M, Mørland J et al. Hvilken betydning har sykdom, ruspåvirkning og selvmord ved dødsfall blant bilførere? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 916–9.
2. MacLean AW, Davies DRT, Thiele K. The hazards and prevention of driving while sleepy. Sleep Med Rev 2003; 7: 507–21.
3. Arnedt JT, Wilde GJ, Munt PW et al. How do prolonged wakefulness and alcohol compare in the decrements they produce on a simulated driving task? Accid Anal Prev 2001; 33: 337–44.
4. Bjorvatn B, Holsten F. Lysbehandling ved jet lag, nattarbeid og søvnlidelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2489–92.

## Høydosebehandling med autolog stamcellestøtte – siden 1983 i Norge

Jeg satte stor pris på Knut Liseth og medarbeideres artikkel i Tidsskriftet nr. 10/2004 (1). Når nye diagnostiske og terapeutiske metoder tas i bruk, skal deres verdi dokumenteres, og det er her gjort både skikkelig og leseverdige. I tidens sjargong kalles det kunnskapsbasert medisin. Men tillat en eldre og derfor historisk interessert kollega, som tross alt ennå ikke henger i horn på veggen, å korrigere forfatterens historiebeskrivelse.

Høydosebehandling med autolog stamcellestøtte har vært utført i Norge ikke bare siden 1994, som Liseth og medarbeidere skriver i sin artikkel, men siden Rikshospitalet tok metoden i bruk i 1983. Den gang kalte vi imidlertid metoden autolog beinmargstransplantasjon og ikke høydosecytostatikabehandling med autolog stamcellestøtte (HMAS) som i dag. Resultatene, som utelukkende gjaldt norske pasienter, ble publisert i Tidsskriftet i 1990 (2).

**Dagfinn Albrechtsen**

Rikshospitalet

#### Litteratur

1. Liseth K, Abrahamsen JF, Ekanger R et al. Overlevelse etter høydosebehandling med autolog stamcellestøtte. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1374–5.
2. Storm-Mathisen I, Glomstein A, Lie SO et al. Autolog beinmargstransplantasjon hos barn – erfaringer ved neuroblastom. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 2513–6.

*K. Liseth svarer:*

Vi takker for kommentaren og beklager at våre historiekunnskaper var ufullstendige på dette området. Undertegnede har nå lest Storm-Mathisens artikkel og synes den var svært interessant.

**Knut Liseth**

Haukeland Universitetssykehus

## Utdanning som klinisk farmakolog og klinisk tjeneste

Hovedutdanningen i klinisk farmakologi foregår i dag på laboratoriet. Mye av denne utdanningstiden brukes på analyserepertoar, analysemetoder, bruk av og rådgivning om laboratorieanalyser og forskning. Sideutdanning er som regel tjeneste som vanlig assistentlege i 6–12 måneder ved relevant klinisk sykehusavdeling.

Etter å ha gjennomført denne spesialistutdanningen setter jeg spørsmålstegn ved om sideutdanningen er relevant for spesialiteten klinisk farmakologi. Er slik tjeneste rasjonell bruk av en utdanningskandidat i klinisk farmakologi? Klinisk farmakologi og de kliniske fagene trenger utdanningskandidater som har tid og kunnskap til å se på klinisk-farmakologiske problemstillinger ved den kliniske avdelingen de er knyttet til. Ved kliniske avdelinger, spesielt i indremedisin, geriatri, onkologi, psykiatri og pediatri, er det mange slike problemstillinger som i dag delvis overses fordi det ikke er noen som har til oppgave å løse dem. Eksempler er riktig valg og bruk av legemidler, interaksjoner ved polyfarmasi, mulige bivirkninger, betydning av sykdom og alder ved valg og bruk av legemidler og bruk av legemiddelanalyser. I tillegg kommer avdelingens bruk av legemiddelstatistikk, valg av regimer for behandling, legemiddelregning og ikke minst avdelingens rutiner for kurve- og journalføring av legemidler.

Jeg mener kliniske avdelinger trenger klinisk farmakologisk kunnskap på mange av disse områdene. De kliniske farmasøytter har skjont at det er mange arbeidsoppgaver innen farmakologi ved kliniske avdelinger. Når skal vi kliniske farmakologer innse dette? Hva skal vi gjøre med det? Kan en mer målrettet klinisk utdanning for utdanningskandidater i klinisk farmakologi være svaret?

Jeg mener sideutdanningen slik den er

i dag bør sløyfes. I stedet foreslår jeg klinisk farmakologisk konsulenttjeneste ved kliniske sykehusavdeling av ett års varighet under selve hovedutdanningen. Arbeidsoppgavene må være på den kliniske avdelingen, men organisert og finansiert av avdeling/seksjon for klinisk farmakologi. Konkrete arbeidsoppgaver må være definert på forhånd. Kandidaten skal kun arbeide med klinisk farmakologiske problemstillinger i denne tiden. Ved å la utdanningskandidatene arbeide som konsulenter, vil kommunikasjonslinjene mellom aktuelle kliniske avdelinger og de klinisk farmakologiske avdelinger bli mye bedre enn i dag. Et klinisk år med fokus på å skaffe seg klinisk farmakologisk kunnskap bør være relevant utdanning for utdanningskandidater i klinisk farmakologi og for de kliniske avdelinger.

**Mimi Stokke Opdal**

Nasjonalt folkehelseinstitutt

## Kardiologi som hovedspesialitet

I Tidsskriftet nr. 8/2004 fremhever Knut Lundin kardiologi som et stort fag i vekst og utvikling og med stor innvirkning på avdelingsdrift og sykehusstruktur (1). Lundin diskuterer også argumenter for og imot kardiologi som en egen hovedspesialitet. Vi ønsker å fremheve noen viktige poenger i saken.

De øvrige europeiske land har med få unntak kardiologi som egen hovedspesialitet. Etter 1994 har det vært anledning til å søke godkjenning som kardiolog i et hvert EU/EØS-land etter dette landets regler uten at utdanningen forutsettes gjennomført i landet. Oppnådd spesialitet i et EU/EØS-land kan deretter automatisk overføres til Norge. Antall konverteringer av utenlandsk spesialitet utgjør nå mer enn halvparten av nye godkjente kardiologer i Norge.

Dagens norske kardiologutdanning forutsetter full indremedisinsk utdanning og deretter tre års kardiologisk tjeneste. Dette har medført at alderen ved godkjenning er høy (gjennomsnittlig 42 år i 2003) sammenliknet med i andre land.

Kardiologisk diagnostikk og behandling setter i økende grad krav til tekniske kunnskaper og ferdigheter hos utøverne. Den europeiske foreningen for medisinske spesialister (UEMS) har derfor foreslått en formalisert videreutdanning innen invasiv kardiologi, hjerterytmeforstyrrelser og kardiiovaskulær bildediagnostikk. En slik spesialisering forutsetter en bedre rekruttering av yngre kardiologer enn det vårt system kan levere i dag.

I dagens sykehusdrift er det et økende krav til rask avklaring av medisinske problemstillinger, ikke minst med bruk av avanserte kardiologiske teknikker som

ekkokardiografi, koronar intervensjon og elektrofysiologiske undersøkelser. Dette er krav som bare unntaksvis kan oppfylles av spesialister i generell indremedisin. Kardiologer har derfor allerede i dag et utbredt samarbeid med andre avdelinger, og mange sykehus har opprettet egne vaktskift for å kunne håndtere slike problemstillinger på døgnbasis.

Norsk Cardiologisk Selskap har sammen med Spesialitetskomiteen i hjertesykdommer gått inn for å opprette kardiologi som egen hovedspesialitet. Vi ønsker å sikre en bred indremedisinsk kunnskap for norske kardiologer også i fremtiden, slik at en kardiolog kan fungere effektivt i en indremedisinsk avdeling med vaktansvar. Vi ønsker en hovedspesialitet i kardiologi med minst tre års generell indremedisinsk tjeneste og deretter tre års kardiologisk tjeneste, totalt seks år.

Etter vårt skjønn er det ingen motsetning mellom Lundins krav til bred indremedisinsk kunnskap på den ene side og etablering av hovedspesialitet i kardiologi på den annen. Vi mener at vårt forslag vil gi bedre kardiologisk ekspertise ved sykehusene samtidig som dagens gode indremedisinske kompetanse beholdes. Pasienter med sammensatte problemstillinger vil etter vårt skjønn da få en bedre behandling enn dagens system tillater.

**Svend Aakhus**

Norsk Cardiologisk Selskap

**Harald Vik-Mo**

Spesialitetskomiteen for hjertesykdommer

**Jan Peder Amlie**

Den europeiske forening for legespesialister (UEMS)

### Litteratur

1. Lundin KEA. Kardiologi som indremedisinens lokomotiv. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1139.

## Det er på tide å sette foten ned

Nok en arbeidsdag på over 12 timer takket være en eller annen papireksersis. I dag var det blåreseptkontrollen, men hver dag har sin plage. Resultatet er et jeg nå jobber minst like mye med mine 1 200 listepasienter som jeg før fastlegeordningen brukte av tid på mine 2 000 faste pasienter.

Samtidig får jeg stadig vite at det jeg gjør ikke står til troende og ikke bare er bortkastet, men av negativ verdi. Det går knapt en dag uten at helseministeren, Aftenposten eller fjernsynsprogrammet Puls kan melde høylytt og hele nyhetsdagen igjennom at norske leger er kunnskapsløse og uærlige. Hva skal man mene om et undervisningssystem som tar opp preseterister med vandelsattest, kjører dem gjennom universitetets mest etikkfokuserede studium, for så å ende opp med kunnskapsløse kjeltringer? Det interesserer tydeligvis ikke mediene.

Det er på tide å sette foten ned. Når vi ikke lenger har samfunnets tillit, må det være best for alle parter at vi leger kollektivt sier fra oss retten til å skrive sykmelding og blåresepter og nekter å avgi legeerklæringer. Det setter ikke ett eneste liv eller noens helse i fare, tvert imot overlater da disse viktige oppgavene til mer ærlige og kompetente instanser, til glede for både samfunnet og oss. Så kan vi legge alle våre krefter i kampen mot sykdom.

Mediene vil nok kalle det furting – jeg vil kalle det en for begge parter nyttig tenkepause.

**Jon Schumann-Andersen**

Fredrikstad

## Ikke-informasjon fra legemiddelfirma

Leger som arbeider i psykiatrien mottok nylig et informasjonsskriv kalt Eldre pasienter og atypiske antipsykotika, fra Pfizer (1), som er produsent av medikamentet ziprasidon (Zeldox). Det var skrevet fordi det i den siste tiden er rapportert om økt risiko for apopleksi hos eldre demente pasienter ved behandling med enkelte antipsykotika.

Jeg fant skrevet svært provoserende. Etter mitt syn er det manipulering og utidig forsøk fra ett firma på å sko seg på andres vansker. Det er påfallende at skrevet ikke nevner noe om hva som kan være den reseptomessige årsaken til at problemet med kardiiovaskulære episoder ikke er observert med ziprasidon. Dette ville det være svært naturlig å gjøre i og med at dette var bakgrunnen for utsendelsen av skrevet. Det oppstår dermed umiddelbart et inntrykk av at brevets generelle informasjon om reseptorprofilene tjener andre hensikter; et indirekte fremstøt for en generell promotering av eget produkt, som i beste fall har en uklar sammenheng med den faglige kjerne i saken.

Tabellen i skrevet er dessuten ufullstendig og ikke tilstrekkelig forklart – kun på en overforenklet måte med at «høy verdi» har en viss betydning. Hva er høyt og hva er lavt? Hva avspeiler egentlig tallene utover enheten nM? Igjen blir inntrykket at det som teller for produsenten, er å vise et eller annet som kan tolkes positivt for sitt produkt, mens den nøyaktige faglige informasjonen er underordnet. Ziprasidon tilskrives «høy affinitet» for serotoninreseptorene, med tallverdier som sprer seg over 0,39, 9,3 og 76! Mens  $\alpha$ -1 har «liten eller ingen affinitet» med verdien 13 og histamin liten/ingen affinitet med 47 (!). Kort sagt blir tabellen ikke mulig å tolke uten å ha kjemisk detaljkunnskap om disse farmakodynamiske parametrene. Da fungerer utsagnene manipulering.

Det hevdes også at «Zeldox er et antipsykotikum med en unik kombinasjon av farma-