

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 avdelingenes 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