

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 subspesialisering 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 etikkfokuserende 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 et manipulerende og utdigg 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 reseptormessige 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 α -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 manipulerende.

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

kologisk aktivitet på humane reseptorer» (1). Fordi dette kan sies om *alle* antipsykotika, blir også denne formuleringen manipulerende. Videre heter det at dette «er årsaken til Zeldox' kliniske effekt på positive, negative og kognitive symptomer på schizofreni...». Dette er like selvsagt og intetsigende. Samlet sett får brevet en promoterende effekt på bakgrunn av ikke-informasjon.

Brevet virker på meg provoserende først og fremst fordi det inneholder så ufullstendig og intetsigende faglig informasjon at jeg ikke kan bedømme preparatet på eget grunnlag. Det jeg oppfatter som bakenforliggende hensikter blir da enda tydeligere.

Paul Møller

Psykiatrisk klinikk
Sykehuset Buskerud

Litteratur

1. Eldre pasienter og atypiske antipsykotika. Brev fra Pfizer AS datert 31.3.2004.

S. Mæhlum svarer:

Statens legemiddelverk introduserte relevante advarsler til forskrivere og pasienter i preparatomtalen/pakningsvedlegget for henholdsvis olanzapin (Zyprexa) og risperidon (Risperdal). Etter at Eli Lilly og Janssen-Cilag i mars i år sendte ut et brev vedrørende økt risiko for cerebrovaskulære hendelser hos eldre demente pasienter, opplevde vi at det var et behov for mer informasjon om bruk av ziprasidon (Zeldox) til denne pasientgruppen. En av landets mest kjente alderspsykiatere fortalte at han hadde mottatt over 50 henvendelser fra sykehjem landet rundt med spørsmålet «Hva gjør vi nå?» umiddelbart etter de utsendte brev fra Eli Lilly og Janssen-Cilag. At Pfizer har mottatt mer enn 400 svarslipper fra vårt informasjonsbrev, bekrefter den store interessen og usikkerhet hos leger som forskriver antipsykotika til eldre pasienter med demens.

Møller hevder at vi skulle ha diskutert den mulige reseptormessige årsaken til at problemet med cerebrovaskulære hendelser ikke er observert med ziprasidon. Det vil bli ganske hypotetisk da det ikke er noen klar årsak til hvorfor dette skjedde med olanzapin og risperidon. Det vi derimot vet fra Statens legemiddelverks beskrivelse av saken (1), er at sedasjon blir nevnt som én av risikofaktorene for cerebrovaskulære hendelser ved olanzapin. Vi vet, ved å se på referansen for tabellen vi har brukt i vårt brev, at det er store forskjeller mellom ziprasidon og olanzapin hva gjelder histaminreseptoraffinitet, som igjen knyttes opp mot grad av sedasjon (2).

Vi har i vårt brev informert om ziprasidon og vist reseptorprofilen til de fem atypiske antipsykotika på markedet. Ut ifra tabellen, som må leses med utgangspunkt i hemning av D2-reseptorene, har vi trukket

ut fire punkter som vi antar vil være relevante når man skal velge et antipsykotikum til eldre pasienter. Referansen til punktene om affiniteten til de ulike reseptorene er alle hentet fra referanse 1 i brevet, mens de tilhørende «konsekvensene» er fra tre ytterligere referanser.

Vi mener at vi i vårt brev gav verdifull faglig informasjon til leger som på bakgrunn av brev fra Eli Lilly og Janssen-Cilag var opptatt av bytte til et annet antipsykotikum til eldre pasienter med demens.

Sverre Mæhlum

Pfizer AS

Litteratur

1. Statens legemiddelverk. Zyprexa og Risperdal og cerebrovaskulære hendelser (CVA) hos eldre pasienter med demens. www.legemiddelverket.no/bivirk/prepfok/CVA_olanzapin.htm (8.6.2004).
2. Stahl SM, Shayegan DK. The psychopharmacology of ziprasidone: receptor-binding properties and real-world psychiatric practice. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (suppl 19): 6–12.

Når redaktører krysser klinger

Redaktøren av Tidsskriftet har i nr. 8/2004 klargjort hvordan hun ser på grenseoppgangen mellom hva som kan publiseres i Tidsskriftet hvis det tidligere har vært omtalt i eter- eller nyhetsmediene (1). Redaktøren av *Dagens Medisin* har et annet syn på saken og spør seg hvor langt et faglig tidsskrift kan gå i å frata en forsker ytringsfriheten (2).

Vi har nylig opplevd problemstillingen. Tidsskriftet avsto et kronikkmanus om HPV-testing som supplement til cervixcytologi fordi forfatteren hadde kommentert saken i mediene. Saken var dermed uaktuell for Tidsskriftet. Kronikken ble senere trykt i *Dagens Medisin* i forkortet utgave (3). Den andre av oss sendte før jul inn et kronikkmanus til Tidsskriftet og hadde like før sendt en svært forkortet utgave til vurdering i *Aftenposten*. Tidsskriftet ønsket ikke å vurdere manuskriptet før det ble klart at *Aftenposten* ikke trykte den forkortede utgaven. Kronikken ble publisert i Tidsskriftet ca. tre måneder senere (4).

Som fagpersoner og henholdsvis leder og nestleder i Norsk gynekologisk forening føler vi ansvar for å delta i den offentlige debatt. Vi forsøker å være imøtekommande for henvendelser fra mediene og tar ansvar for å skrive om aktuelle problemstillinger for leger og offentligheten. Slik forsøker vi å imøtegå bildet av leger som utilgjengelige for journalister og offentlig debatt. At deltakelse i slik debatt skal forhindre en mer helhetlig fremstilling av aktuelle samfunnspolitiske medisinske saker i Tidsskriftet, overrasker oss og forundrer oss. Vi erkjenner at Tidsskriftet ikke kan konkurrere med daglige nyhetsoppslag,

men mange sentrale helse spørsmål er prosesser som tar måneder og år. Dette dreier seg altså ikke om nyhetsformidling av egne forskningsresultater. Hvor går grensen for å anse at «originalteksten» har vært ute tidligere? Ved et intervju vil ofte bare enkelte sider av en sak belyses, og saken blir sjelden fremstilt slik som intervjubjektet selv ville ha formet og avveid premissene før en konklusjon. Konsekvensen av at Tidsskriftet ikke vil ta inn et kronikkmanus om et tema som forfatteren har uttalt seg om i den offentlige debatten, vil bety at det medisinske fagmiljøet mister en viktig arena for mer helhetlig analyse.

Tidsskriftets lesere bør merke seg det vi oppfatter som endret praksis om ikke å prioritere medisinsk-faglige kronikkmanus dersom forfatteren har ment noe offentlig om saken på forhånd. Vi er usikre på om dette standpunktet tjener Tidsskriftet, dets lesere og samfunnet i vid forstand.

Ole-Erik Iversen

Haukeland Universitetssykehus

Kjell Å. Salvesen

St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Haug C. Overflødig overlapping og gammelt nytt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1073.
2. Folge LL. Forskning, journalistikk og ytringsfrihet. *Dagens Medisin* 13.5.2004.
3. Iversen OE. Trenger vi HPV-testing som supplement til cervix-cytologi? *Dagens Medisin* 13.5.2004.
4. Salvesen KÅ. Ultrauklar bioteknologilov. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 819–21.

Redaksjonen svarer:

Vi kan berolige Ole-Erik Iversen & Kjell Salvesen med at Tidsskriftets praksis på dette området ikke er endret. Dette er det nylig gjort rede for i to lederartikler i Tidsskriftet (1, 2). Redaksjonen ønsker å bringe leserne nyheter i form av fagartikler, kronikker og kommentarartikler og kan derfor ikke vurdere manuskripter som er innsendt andre steder eller som ikke inneholder nye momenter i forhold til større oppslag i andre medier. Denne praksis er i samsvar med praksis i andre redaksjoner, både for vitenskapelige tidsskrifter og andre norske medier.

Redaksjonen

Tidsskriftet

Litteratur

1. Haug C. Overflødig overlapping og gammelt nytt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1073.
2. Haug C. Frie ytringer og redaksjonelle bindinger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1505.