

som man ser bort fra de sakkyndige som hadde en spesiell binding til legemiddeldistribusjonen og /eller Legemiddelverket, støttet de uavhengig sakkyndige min klient.

Det bemerkes at Statens legemiddelverk ikke har sett/vurdert mer enn omtrent 40 % av den legemiddeldokumentasjon som legemiddelfirmaet i sin tid stilte til rådighet, og at legemiddelfirmaet til og med har gjort Legemiddelverket spesielt oppmerksom på at de har unnlatt å oversende kreftstudier og annen såkalt «betydningsfull informasjon» (3).

Idet Statens legemiddelverk var ansvarlig for å vurdere/kontrollere firmaets legemiddeldokumentasjon og å utarbeide den juridiske teksten i preparatomtalen for legemidlet, ikke legemiddelfirmaet, er det etter min mening et sterkt behov for at de ansvarlige myndigheter iverksetter en granskning på bakgrunn av det materialet professor Aursnes har fremskaffet.

Edmund Asbøll
Oslo

Litteratur

1. Wesenberg GR. Seroxat-saken. Statens legemiddelverk. www.legemiddelverket.no/nyheter/Seroxat-saken2005-04-06.htm (6.4.2005).
2. Aursnes I, Tvette IF, Gaasemyr J et al. Suicide attempts in clinical trials with paroxetine randomised against placebo. *BMC Med* 2005; 22: 3–14. www.biomedcentral.com/1741-7015/3/14 (25.10.2005).
3. Romøren B-LB. Retningslinjer for reduksjon i dokumentasjonsmaterialet som er sendt Statens legemiddelkontroll. Novo-Nordisk A/S. Søknad om markedsføringsstillatelse. 16.2.1990. Oslo: Statens legemiddelkontroll, 1990.

Statens legemiddelverk svarer:

Statens legemiddelverk vil påpeke at Edmund Asbølls klient tapte saken på alle punkter i dommen fra Oslo tingrett, og at Statens legemiddelverk ikke fikk noen kritikk for fremgangsmåten da Seroxat ble godkjent. Dommen fra Oslo tingrett er rettskraftig etter at Asbølls klient trakk anken i lagmannsretten og et senere kjæremål til Høyesterett ble forkastet av Høyesteretts kjæremålsutvalg.

Statens legemiddelverk gjennomgikk forut for godkjenningen av Seroxat all nødvendig dokumentasjon i søknaden. Den delen av dokumentasjonen som søkeren ikke sendte inn etter datidens regelverk og retningslinjer (1), er først og fremst lister over data (blodtrykk, laboratorieprøver mv.) fra hvert legebesøk. Denne typen data blir heller ikke i dag vurdert enkeltvis. I tillegg ble en perm med publisert litteratur av varierende betydning for søknaden, samt enkelte betydningsløse studier, ikke sent inn. De «kreftstudiene» som Asbøll nevner, er dyrestudier. Alle studierapporter fra de sentrale kliniske studiene, samt studierapporter og samlere-sultater av betydning for behandlingen av søknaden, ble innsendt. Firmaet gjorde nøyde rede for hva som var utelatt, og som kunne

tilsendes på forespørsel. Ved den første, foreløpige gjennomgangen av dokumentasjonen, ba vi derfor også om at flere dyrestudier ble sendt inn. Vi vurderer alltid dokumentasjonen i tråd med gjeldende regelverk.

Paroksetin er godkjent i alle land i Europa. I regi av det europeiske legemiddelkontoret har paroksetin og liknende legemidler blitt gransket i flere omganger. Basert på en gjennomgang av over 150 studier konkluderte man med at paroksetin er et legemiddel med en positiv nytteverdi, men at det skulle gjøres visse innskrenkninger i bruken. (2). Synspunktene til Ivar Aursnes finner ikke støtte i den samlede dokumentasjonen for paroksetin. Hans analyse er gjort på bare en liten del av tilgjengelig dokumentasjon.

Statens legemiddelverk har gjennom behandlingen i rettsapparatet fått full støtte på at godkjenningen av Seroxat skjedde på en betryggende måte.

Gro R. Wesenberg
Steinar Madsen
Statens legemiddelverk

Therese Steen
Regjeringsadvokatens kontor

Litteratur

1. NLN 24. Drug applications. Nordic guidelines. Uppsala: Nordiska läkemedelsnämnden, 1989.
2. Kvande KT, Buajordet I. Nytte/risiko-forholdet revurdert for paroksetin (Seroxat m.fl.) på EU-nivå. www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_18402.aspx (15.7.2005).

Legeforeningen og rettspleiens medikalisering

En psykiater og to psykologer er under etterforskning for attestfuske og korrupsjon. De har hatt tallrike oppdrag som sakkyndige i norsk rettsvesen i mange år. Min intensjon er på ingen måte å bidra til forhåndsdomming. Jeg vil fremme et betimelig spørsmål om hvorvidt samrøren mellom medisin, psykologi og rettspleie i seg selv representerer et rettssikkerhetsproblem. Er det på tide at Den norske lægeforening tar et initiativ til at bruken av sakkyndige i norsk rettspleie blir begrenset?

Profesjonalisering og medikalisering av rettspleien oppfatter jeg som et fenomen som har fått utvikle seg spesielt i Norge uten særlige motforestillinger. Fra blant annet Storbritannia høres mer kritiske røster. Alexander McCall Smith, en kjent medisinsk etiker og jurist, uttaler for eksempel at «der sunn fornuft kan ta stilling til et juridisk spørsmål, har medisinske eksperter ingenting å tilføre» (1).

Jeg ser flere utfordringer for rettssikkerheten. Den omseggripende bruken av sakkyndige er kostnadsdrivende og virker ekskluderende på grupper med liten betalingsevne. Medisinsk og psykologisk sakkyndighet tiltros en presisjon og prediksjonsevne som det ikke finnes vitenskapelig

belegg for (2). I saker om for eksempel barnefordeling har slike sakkyndige en rettslig påvirkning hinsides rimelighet. Samrøren mellom kjendisadvokater, kjendiskriminelle, sakkyndige og pressen representerer en usunn kultur med stor fare for forhåndsprosedyre, forhåndsdomming og modernisert gapestokkinstitusjon. En del justispolitikere forledes til å tro at rettssikkerheten kan bedres ved ytterligere profesjonalisering. Slike politikere ser ofte på lekmandsdeltakelsen i rettspleien som et problem.

Jeg mener at Legeforeningen nå bør gripe sjansen til å reise en prinsipiell diskusjon med det formål å begrense bruken av sakkyndige i norsk rettspleie.

Eivind Meland
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen

Litteratur

1. Smith AM. Legal reasoning and medical practice. I: Phillips CI, red. *Logic in medicine*. London: BMJ Publishing Group, 1995.
2. Dawes RM. *House of cards. Psychology and psychotherapy built on myth*. New York: The Free Press; 1994.

Arbeidstidsbestemmelser og fritak for legevakt

På initiativ fra Aplf har Legeforeningen nylig utgitt en rapport om overgang til interkommunale legevakter (1). Det er bred enighet om at det må gjøres et løft for å forbedre legevakttjenesten for å sikre befolkningen en trygg helsetjeneste utenom legekontorenes åpningstid – fordi legevakttjeneste er en negativ rekrutteringsfaktor for allmennlegeyrket (2). Rapporten fra Legeforeningen postulerer at ordningen innebærer «betydelig reduksjon i antall vakter» (1). Samtidig viser rapporten til at vaktene blir mer arbeidskrevende, at man fortsatt vil trenge bakvakter i utkantdistriktene, og at det i perioder kan bli behov for økt bemanning på vaktbasen, for eksempel i turistseksjonen og ved epidemier.

Rapporten henviser innledningsvis til «normer for vaktbelastning» og «rett til fritak». Erfaring fra allmennpraksis viser at reglene for fritak praktiseres svært ulikt. Derfor vil man oppdage at den legepoolen man skal rekruttere legevaktleger fra, er langt mindre enn forventet. Man får en forhandlingsmessig utfordring med å harmonisere lokale varianter av fritaksregler. Dette er ikke nevnt i rapporten.

Gjennom en avtale mellom Legeforeningen og Kommunenes Sentralforbund (KS), som fornyes hvert annet år, senest 1.7.2004, er det gjort unntak fra arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven for leger i kommunehelsetjenesten (3). Avtalen er ikke nevnt i rapportens litteraturliste. Legevaktleger er ikke underlagt arbeidstids- og hviletidsbestemmelser. Allmennleger som deltar i legevakttjeneste, blir regelmessig pålagt

arbeidsøker på opptil 32 timer og arbeids- uker på 60–80 timer. Det er dokumentert at lange økter og lange arbeidsuker øker risi- koen for at legen gjør alvorlige feil (4, 5). Ifølge rapporten fra Legeforeningen forventer man at «kravene til hver enkelt vakt vil øke, noe som forutsetter krav til tilretteleg- ging». Dette er en svært vag formulering fordi kravene til total arbeidstid og hviletid blir skjerpet når belastningen på hver vakt øker.

Etablering av interkommunal legevakt vil ikke løse alle problemer. Hvis grunnlaget for en god legevaktjeneste er at den utføres av de lokale fastlegene, må man belyse årsaka- ne til at det er oppstått rekrutteringspro- blemer. Den svært varierende praktisering av fritaksregler og fraværet av arbeidstids- bestemmelser er blant de største utfordrin- gene. Derfor savnes disse viktige forhold- ene i Legeforeningens rapport om for- bedret organisering av kommunal legevakt.

Bjørn Otterlei

Legekantoret Molde Brygge
Molde

Litteratur

1. Legevakt i kommunehelsetjenesten. Oslo: Den norske lægeforening, 2005. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=79879> (18.10.2005).
2. Svensson A. Hvorfor Vesterålen ikke har inter- kommunal legevaktsentral. Utposten 2003; 32: 29.
3. Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske lægeforening om vilkår for leger og turnus- leger i kommunehelsetjenesten med arbeids- avtale, herunder leger i fastlegeordningen. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=1332> (18.10.2005).
4. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. N Engl J Med 2004; 351: 1838–48.
5. Lockley SW, Cronin JW, Evans EE et al. Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. N Engl J Med 2004; 351: 1829–37.

Presidenten svarer:

Takk for engasjementet vedrørende inter- kommunal legevakt. Jeg vil gjerne få komme med et par kommentarer. Sentral- styret vedtok 3.10. 2005 at rapporten om interkommunal legevakt (IKL) skal danne grunnlaget for Legeforeningens videre arbeid med legevakt i kommunene.

Temaene som tas opp i Bjørn Otterleis innlegg er omtalt i rapporten, men vil bli nærmere utdypet i forbindelse med forbered- sene til forhandlingene om særavtalen med Kommunenes Sentralforbund (KS) (1) og rammeavtalen om fastlegeordningen med Oslo kommune (2).

Når legevaktene blir organisert i en godt utstyrt legevaktbase med hjelpepersonell, vil flere kunne delta i legevaktarbeidet. Har- monisering av fritaksbestemmelsene vil bli vurdert i forbindelse med forberedelsene til neste års forhandlinger. Legeforeningen legger stor vekt på gode arbeidsvilkår og forsvarlige arbeidstider under legevakt.

Arbeidet med etablering av interkommu- nale legevaktsentraler er et skritt i den ret- ning.

Legeforeningen har i de senere års for- handlinger om legevakt med både KS og Oslo kommune fremmet krav om fri etter legevakt uten tap av inntekt. Per i dag har man i KS-området rett til to timer fri uten trekk i lønn dagen etter legevakt. Ved delta- kelse i interkommunal legevaktsentral har legen rett til kr 650 som kompensasjon for tapt inntjening. I Oslo kommune har man rett til fri dagen etter nattevakt. Her mottar legen honorar som næringsdrivende under legevakt, men kompensasjon for inntekts- bortfall er ikke med i avtalen.

Krav om rett til fri etter vakt uten tap av inntekt – slik man har i foretakene – er viktig for Legeforeningen.

Torunn Janbu

Den norske lægeforening

Litteratur

1. Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske lægeforening om vilkår for leger og turnus- leger i kommunehelsetjenesten med arbeids- avtale, herunder leger i fastlegeordningen. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=1332> (18.10.2005).
2. Rammeavtale mellom Oslo kommune og Den norske lægeforening om privata allmennlegeprak- sis i fastlegeordningen i Oslo kommune. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=331&subid=0> (23.11.2005).

■ RETTELSE

Hvordan behandles pasienter med akutt koronarsyndrom i norske sykehus?

*Tor Melberg. Magne Thoresen.
John-Bjarne Hansen. Arne Westheim*
Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2925–8

I Tidsskriftet nr. 21/2005, s. 2927, tabell 4, 3. kolonne – bruk av streptokinase hos kvinner: Antall kvinner skal være 54.