

Sykmeldingsarbeid handler om mye mer enn utfylling av sykmeldingsattest – som nå har endret navn til *Medisinsk vurdering av arbeidsevne ved sykdom*. Arbeidet med inkluderende arbeidsliv (IA) har vist dette tydelig ved at legemeldt sykefravær har sunket betydelig. Ved å gi nye grupper uten kunnskap om IA-ordningen rett til å sykmelde, er det grunn til å tro at sykefraværet igjen kan øke. IA-arbeid krever total kunnskap om pasientens helse og livssituasjon, noe som grupper med spesialkompetanse innen ett fagområde ikke kan forventes å ha.

Jeg stiller meg litt uforstående til Lehneshens uttalelse om avlastning for fastlegene. Legeforeningen er mer bekymret for at spredning av sykmeldingsansvaret når det har fått virke en tid, vil skape uklare ansvarsforhold og merarbeid for legene, arbeidsgiverne og trygdekantorene – alle forhold som vil være til ulempe for pasientene.

En trinnvis økning av pasientens egen innflytelse på valg av omsorgsnivå vil ha konsekvenser for ansvar, behandling og økonomi i helsetjenesten. Fastlegeordningen ble innført blant annet på bakgrunn av en slik helsepolitisk debatt og sikrer alle som ønsker det en navngitt allmennlege som har det medisinske ansvaret for den enkelte. Fastlegeordningen er en pasientrettighetsordning. Evaluering har vist at både brukerne og fastlegene er godt fornøyde med ordningen. Jeg håper vi fremover kan samarbeide bra med andre helsepersonellgrupper uten at fastlegeordningen undergraves.

**Torunn Janbu**  
president  
Den norske lægeforening

## Uriktig fremstilling og skjult inhabilitet

Jo Telje omtaler på vegne av Rådet for legeetikk igjen «rottegiftsaken» i Tidsskriftet nr. 22/2005 (1). Jeg kjenner meg igjen som hertespesialisten, men finner ingen grunn til anonymitet. Saken fremstilles overfladisk, misvisende, feilaktig og så tatt ut av sin sammenheng at det er grunn til å påpeke hva som faktisk foregikk, og de formelle inhabilitetsproblemer ved rådets behandling.

Dagbladets oppslag 11.2. 2004 om at tiazider var å oppfatte som rottegift var basert på et forutgående oppslag i Dagens Medisin. I Dagens Medisin ble tiazid sammenliknet med warfarin, dvs. rottegift. Dette var en analogi fremført av meg i en medisinsk debatt med amerikaneren Curt Furberg ved Ullevål universitetssykehus noen dager tidligere. Journalisten fra Dagens Medisin var til stede uten mitt vitende, og hans oppslag ble trykt uten mitt vitende. Ved alle tidligere anledninger hadde denne journalisten sendt meg innlegg på forhånd slik at jeg kunne

korrigere feil. Ulykken oppstod da Dagbladets journalist hengte seg på hans tendensiøse fremstilling, men misforstod sakens realiteter og faktisk oppfattet tiazid som rottegift. Selv ved energiske forsøk fra min side 10.2. 2004 lyktes jeg ikke å endre Dagbladets fremstilling. Jeg syntes like lite om Dagbladets oppslag som alle andre, da det på ingen måte tjente mine argumenter i tiaziddebatten.

Denne saken løftes åpenbart frem for å kompromittere meg og andre som tror på moderne og livsforlengende medikamentell forebyggende behandling av alvorlige risikofaktorer for hjertesykdommer og som driver omfattende forskning med støtte fra farmasøytisk industri. Dette er åpenbart i lys av tidligere helseminister Dagfinn Høybråten iver etter å innfri provenykravet, dvs. innføre asosiale ordninger for å spare penger og kun refundere utgifter til billig og mindre effektiv behandling. Alt har vært meget velregissert. Det nystartede Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, underavdeling av Helse- og sosialdirektoratet, arrangerte det omtalte debattmøtet ved Ullevål universitetssykehus om ALLHAT-studien. Det er den mest kaotiske av alle blodtryksstudier gjennom tidene og ble av Høybråten ukritisk brukt til å begrunne provenyvedtaket, mens representative kvalitetsstudier i Norge og Europa ble oversett. Jeg ble da anmeldt til Rådet for legeetikk av bl.a. en forsker ved Kunnskapssenteret og en motdebattant invitert av Kunnskapssenteret, i form av en pressemelding. Reidun Førde, medlem i rådet for Kunnskapssenteret, behandlet saken også som leder i Rådet for legeetikk uten å gjøre oppmerksom på sin inhabilitet.

Dette inngir ikke tillitt til Rådet for legeetikk. Det bør stilles de samme krav til habilitet der som andre steder i samfunnet. Rådet for legeetikk, inklusive Jo Telje, må ha kjent til at rådets leder har vært inhabil i denne saken. Hun kan ikke ha tillit og bør trekke seg fra sine verv. Etter min mening er Førdes og rådets handlinger uærlige, uetiske og ikke Den norske lægeforening verdig.

**Sverre E. Kjeldsen**  
Ullevål universitetssykehus

### Litteratur

1. Telje J. Debatt mellom kolleger må være saklig. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3151.

### J. Telje og R. Førde svarer:

Det var både trist og bekymringsfullt å lese Kjeldsens innlegg. Trist fordi han ikke har forstått vedtaket i Rådet for legeetikk, og bekymringsfullt fordi han bruker ord og uttrykk som han neppe har dekning for.

Saken dreier seg ikke om faglig uenighet om bruk av tiazider i blodtryksbehandlingen, men om kravet til saklighet i offentlig debatt mellom kolleger. Formuleringene

i Dagbladets oppslag 11.2.2004 var svært sterke og egnet til å skape unødig frykt hos blodtrykkspatientene. Kjeldsen har selv i ettertid beklaget oppslaget, men burde altså ha sikret seg kontroll med hvorledes hans uttalelser til avisen ble formulert. Rådet har gjentatte ganger fremhevet legers rett og plikt til å si ifra når grensene for forsvarlig behandling er overtrådt, men ved faglig uenighet er saklighetskravet spesielt viktig. I slike saker er det særlig nødvendig at sitater gjennomleses og godkjennes, noe denne saken illustrerer. Før vedtak i Rådet for legeetikk fikk Kjeldsen anledning til skriftlig å redegjøre for bakgrunnen for saken ved to anledninger, og i tillegg møtte han rådet og utdypet sitt syn muntlig i det møtet hvor vedtaket ble fattet. Han må godta at rådet enstemmig kom frem til at saklighetskravet i våre etiske regler ikke var overholdt.

Saken ble reist overfor Rådet for legeetikk av tre kolleger, en knyttet til Kunnskapssenteret, en fra Universitetet i Oslo og en fra Universitetet i Bergen. De bad om en vurdering som privatpersoner og ikke på vegne av sine vitenskapelige miljøer. Det er riktig at Reidun Førde er medlem av det vitenskapelige råd for Kunnskapssenteret, men kan selvsagt ikke stå ansvarlig for hva enkelte ansatte mener og gjør som privatpersoner. Behandling av hypertensjon har ikke på noe tidspunkt vært tatt opp til diskusjon i det vitenskapelige rådet. Kjeldsen har tidligere fremsatt påstand om at klagen på ham ble skrevet på Kunnskapssenterets brevpapir, men dette er tilbakevist som feil (1). Vi kan med vår beste vilje ikke se noen form for inhabilitet i denne saken, som altså dreier seg om debatt mellom kolleger i henhold til Legeforeningens etiske regelverk.

At Kjeldsen mener at dette er en regissert sak for å kompromittere han som forsker på blodtrykksbehandling, får stå for hans regning.

**Jo Telje**  
**Reidun Førde**  
Rådet for legeetikk  
Den norske lægeforening

### Litteratur

1. Røttingen JA. Tiazidsaken og klage til Rådet for legeetikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1885.

## Behandling av pasienter med akutt koronarsyndrom i norske sykehus

Artikkelen av Tor Melberg og medarbeidere i Tidsskriftet nr. 21/2005 (1) medførte store oppslag i mediene om diskriminering av hjertesyke kvinner (2–4). Førsteforfatteren bekreftet i et intervju graverende kjønnsforskjeller og antydte at dette også kunne gjelde andre lidelser (2). Det er viktig å undersøke om kvinner og menn får ulik behandling og om dette i så fall skyldes

kjønnsdiskriminering. Det er et generelt samfunnsproblem og en trussel mot kvinners helse om kvinner systematisk tilbys dårligere utredning og behandling enn menn.

Artikkelen til Melberg og medarbeidere (1) bygger på data fra 343 kvinner, 566 menn og fire pasienter med ukjent kjønn, alle innlagt ved 17 av 30 inviterte sykehus. Totalt sett var det ingen kjønnsforskjell hva gjaldt medikamentell behandling. 66 kvinner (19%) og 112 menn (20%) fikk trombolysebehandling ( $p = 0,84$ ), men 82% av kvinnene kontra 58% av mennene fikk streptokinase ( $p < 0,001$ ) (tab 4). Kun 11 kvinner kontra 50 menn fikk reteplase/alteplase, som er nytt og dyrt. Tallgrunnlaget for generelle konklusjoner om kjønnsdiskriminerende medikamentvalg er derfor svakt.

Kvinner ble i mindre grad enn menn utredet med koronar angiografi (27% vs 43%,  $p < 0,001$ ). Tallene er ikke aldersjusterte. Andelen koronarutredede sank dramatisk og like mye med alderen hos begge kjønn (tab 5). Blant 70–79-åringene ble henholdsvis 31% og 32% utredet, og blant dem over 80 år henholdsvis 9% og 6%. Kvinnene var i gjennomsnitt åtte år eldre. 36% av kvinnene, men bare 19% av mennene, var 80 år eller mer. Det er kjønnsforskjellen i alderssammensetning, og ikke kjønnsdiskriminering, som er hovedgrunnen til den observerte kjønnsforskjellen for koronar angiografi.

I aldersgruppen 50–59 år var det imidlertid en signifikant kjønnsforskjell i kvinners ufordel. 12 av 38 kvinner (32%) og 76 av 112 menn (68%) ble utredet med angiografi. Det lave antallet personer i aldersgruppen umuliggjør generelle konklusjoner. Hvis de fire med ukjent kjønn var koronarutredede kvinner med alder 50–59 år, ville andelen utredede kvinner øke fra 32% til 38%.

Artikkelen inneholder metodologiske svakheter, selektive fortolkninger og unøyaktigheter. Tabell 3 og 4 etterlater tvil om antall pasienter i gruppene. Summering av første- og andregangsinfarkt og ustabil angina gir 916, ikke 913, pasienter. Var det 12 (18%) eller 54 (82%) kvinner som fikk streptokinase? Hvorfor mangler troponinstatus for (ca.) 80 infarktpasienter? Undersøkelsen omfatter åtte uker i 2000, men det står ukommentert at kardiologisk utredning og behandling har gjennomgått store endringer siden da.

Beskyldninger om kjønnsdiskriminerende praksis er alvorlig. Slike anklager må hvile på et solidt tallmateriale. Etter vår vurdering er tallgrunnlaget spinkelt og analyser og tolking beheftet med svakheter.

Inger Njølstad  
Anne Elise Eggen  
Maja-Lisa Løchen  
Universitetet i Tromsø

#### Litteratur

- Melberg T, Thoresen M, Hansen JB et al. Hvordan behandles pasienter med akutt koronarsyndrom i norske sykehus? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2925–8.
- Hjerteskye kvinner blir diskriminert. Dagbladet 3.11.2005.
- Kvinner i hjertekø blir diskriminert. Aftenposten 3.11.2005.
- NRK Radio www.nrk.no/nyheter/innenriks/5200982.html (4.11.2005).

#### T. Melberg og medarbeidere svarer:

Vår artikkel i Tidsskriftet (1) utløste en mediestorm som vi ikke hadde mulighet til å kontrollere, ei heller korrigere. Vi vil derfor primært kommentere forhold som angår artikkelen i Tidsskriftet. Datainnsamlingen tilsvarte MONICA- og GRACE-studiens retrospektive metode, som både har sine styrker og svakheter (2). Vi har så langt som mulig fulgt de anbefalinger som gjelder for gjennomføring av registre og surveyundersøkelser (3). Ifølge Norsk pasientregister ([www.npr.no](http://www.npr.no)) ble 4 106 pasienter i Norge utskrevet med hjerteinfarkt-diagnose (DRG 121, DRG 122 og DRG 123) i fjerde kvartal av 2000. Dette vil si at vi i vårt materiale har data fra ca. 15% av disse. I tilsvarende internasjonale studier innsamles oftest bare en brøkdel av dette. Tabellene inkluderer alle målte konsistente verdier fra alle sentre.

Når det gjelder kjønns- og aldersaspektet, er disse kommentert i et tidligere tilsvarende (4). Det stemmer at vi ikke presenterer aldersjusterte andeler for angiografi, men vi aldersjusterte analysen, som presentert i artikkelens tabell 6 (1). Sannsynligheten for at alle fire med ukjent kjønn skulle være kvinner i 50-årene og være koronarutredet, er meget liten. I virkeligheten var disse pasientene henholdsvis 42, 58, 79 og 83 år gamle, hvorav kun den yngste ble angiografert.

Vi har tolket det som reinfarkt under samme opphold der det på noen få skjemaer var gitt opplysninger om både førstegangs- og annengangsinfarkt. Det er for øvrig 99% overensstemmelse mellom ICD-10-kode og medisinsk infarkt-diagnose i materialet. Manglende troponinstatus ved infarkt synes å være en misoppfattelse av spørreskjemaet ved enkelte sentre. Det ligger ingen kjønns- eller aldersbias skjult her.

Det er riktig som Njølstad og medarbeidere påpeker at antall invasive utredninger har økt betydelig de siste årene, vesentlig på pasienter med akutt koronarsyndrom (5). Vi har imidlertid lite data på kjønns- og aldersfordeling. Ifølge Norsk pasientregister var 39% av alle som ble utskrevet med infarkt-diagnose i 2004, kvinner. Kvinneandelen blant dem som fikk utført perkutan koronar intervensjon (PCI; DRG 112), var 25% i 2000 og 27% i 2004. Underdiagnostisering, underbehandling og underrepresentasjon av kvinner i studier er et stort tema i utlandet (6), senest på både den europeiske

og den amerikanske hjertekongressen høsten 2005. Etter vår mening er det viktig å få belyst også norske forhold, ikke minst at vi også her i landet har oppmerksomheten rettet mot kvinner og koronarsykdom. Tross sine begrensninger mener vi at vår studie har bidratt til dette.

#### Tor Melberg

Stavanger universitetssykehus

#### Magne Thoresen

Universitetet i Oslo

#### John-Bjarne Hansen

Universitetssykehuset Nord-Norge

#### Arne Westheim

Ullevål universitetssykehus

#### Litteratur

- Melberg T, Thoresen M, Hansen J-B et al. Hvordan behandles pasienter med akutt koronarsyndrom i norske sykehus? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2925–8.
- Tunstall-Pedoe H. Problems with criteria and quality control in the registration of coronary events in the MONICA study. Acta Med Scand Suppl 1988; 728: 17–25.
- Alpert J.S. Are data from clinical registries of any value? Eur Heart J 2000; 21: 1399–401.
- Melberg T, Thoresen M, Hansen J-B et al. Behandling av pasienter med akutt koronarsyndrom i norske sykehus. Tilsvarende. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3522.
- Melberg T, Svennevig J.L. Koronare intervensjoner i Norge 2003. Hjerteforum 2005; nr. 4: akseptert for publisering.
- Risøe C. Fokus på kvinnehjerte. Hjerteforum 2005; nr. 2: 16–17.

## Apotekene har spart pasient og folketrygd for 500 millioner kroner

Trinnprissystemet for generiske legemidler ble innført fra 1.1. 2005 etter enstemmig vedtak i Stortinget. Ordningen gjør at trygdens refusjonspriser kuttes kraftig straks patenttiden går ut og stabil generisk konkurranse er etablert, samtidig som legemiddelgrossistene i de vertikalt integrerte apotekkjedene garanterer at hele markedet får legemidler til trinnpris.

Gjennom årene har myndighetene iverksatt ulike innsparingstiltak på legemiddelområdet. Disse har vært til dels omstridte og gitt beskeden innsparingseffekt. Trinnprissystemet representerer noe nytt: Et innsparingstiltak som ikke er spesielt omstridt og som gir betydelige innsparinger. Undersøkelser vi har foretatt, med utgangspunkt i NAFs bransjestatistikk, viser at innsparingen i 2005 har vært omtrent som forutsatt av Stortinget, dvs. ca. 500 millioner kroner. Regjeringen legger dessuten til grunn i sitt budsjettforslag for 2006 at trinnprissystemet vil bidra med ytterligere 200 millioner kroner i innsparing i 2006. Samlet innsparing anslås dermed til ca. 700 millioner kroner.

At trinnprissystemet er effektivt, underbygges av en internasjonal prissammenlikning som er foretatt av analysefirmaet IMS Health på oppdrag fra NAF og som viser at