

de to omtalte artiklene har oppgitt mulige interessekonflikter i henhold til retningslinjene og Tidsskriftets praksis. Dette er et godt signal om mer åpenhet på området. Hvordan samarbeidet eller kontakten har vært gjennomført i praksis, kan ikke vurderes ut ifra de to artiklene. Det må dog ikke bli slik at samarbeid mellom leger og næringsliv i seg selv skal diskvalifisere leger fra å komme med ytringer eller delta i fagutvikling, men det må informeres om hvordan samarbeidet har foregått og med hvem man har samarbeidet og hvilke økonomiske forpliktelser det er mellom partene.

Utfordringen blir å fremme det nødvendige og åpne samarbeidet og samtidig hindre uønsket sammenblanding av roller og økonomisk binding som svekker tilliten til legestanden. Mye av dagens medisinske forskning i verden styres i for stor grad av næringslivet. Skal universitetene, andre fagmiljøer og myndighetene få større innflytelse innen forskning og prioritering av helseressursene, trengs det en betydelig større offentlig økonomisk satsing.

**Torunn Janbu**  
president  
Den norske lægeförening

### Redaktøren svarer:

Det er en kontinuerlig diskusjon både i Tidsskriftet og i internasjonale tidsskrifter om hvordan interessekonflikter skal håndteres og publiseres. Hovedpoenget er bevissthet og åpenhet om mulige konkurrerende interesser – også ikke-økonomiske. Disse tar vi hensyn til i de redaksjonelle vurderingene, og vi trykker dem slik at leserne er klar over dem. Jeg er enig i at for lange lister med interessekonflikter ikke er hensiktsmessig. Ikke fordi det alminneliggjør og ufarliggjør interessekonfliktene, men fordi det blir vanskelig å sortere det vesentlige fra det uvesentlige. I dette tilfellet var det naturlige årsaker til at listen måtte bli lang, noe Eivind Myhre redegjør for i sitt svar.

**Charlotte Haug**  
redaktør

## Forløsning av tvilling nr. 2 hos sirkulatorisk ustabil mor

Thomassen & Wisborg presenterte i Tidsskriftet nr. 24/2006 en kvinne som ble forløst med keisersnitt under en tvillingfødsel på et tidspunkt da hun var sirkulatorisk ustabil (1). Den til grunnliggende årsak var og er ukjent. I en kommentar til artikkelen drøfter Guttorm Brattebø generell håndtering av akuttmedisinske katastrofesituasjoner (2). Vi synes forløsningen av tvilling nr. 2 og tidspunktet for denne er så sentralt i sykehistorien at det bør kommenteres.

Antall tvillingfødsler har økt betydelig

de siste årene og utgjorde i 2005 knapt 2 % av alle fødsler i Norge. En tvillingfødsel er mer komplisert enn fødsel av ett barn, spesielt byr tvilling nr. 2 på utfordringer (3). Forløsning av tvillinger krever derfor erfaring, overvåking og teamarbeid. Det er imidlertid en økende tendens til kombinerte forløsninger, slik som i den presenterte kasuistikken (1). Praktiske øvelser og nasjonale kurs er derfor nødvendig for å opprettholde kompetansen i vaginal forløsning av tvillinger.

I den refererte kasuistikken ble resultatet nesten en katastrofe (1). Vi mener det ville vært av interesse å få vite hvorfor man ikke forsøkte å forløse tvilling nr. 2 vaginalt. Ved en rekke obstetriske akutsituasjoner er eller blir pasientene sirkulatorisk ustabile (3). Da er det viktig å stabilisere pasienten før man vurderer kirurgisk intervensjon, med mindre akutsituasjonen er betinget av forhold som må korrigeres kirurgisk. Hos en obstetriske pasient er det kvinnen, ikke barnet, som er førsteprioritet ved et sirkulatorisk kollaps hos moren, selv om fosteret som en konsekvens av dette blir truet. En for tidlig kirurgisk intervensjon uten at pasienten er stabilisert kan føre til at man mister både mor og barn.

Den refererte pasienthistorien illustrerer hvor viktig det er at alle som er involvert i slike dramatiske hendelser klarer å håndtere utfordringene med høy faglig kompetanse og presisjon. Vi slutter oss til Thomassen & Wisborgs anbefaling av god kommunikasjon mellom obstetrikere og anestesileger ved vurdering av hastegrad og av tidsforbruk før narkose innledes.

**Line Bjørge**  
**Per E. Børdahl**  
**Thomas Hahn**  
**Ferenc Macsali**  
**Svein Magne Skulstad**  
**Kåre Augensen**  
**Susanne Albrechtsen**  
Kvinneklinikken  
Haukeland Universitetssjukehus

### Litteratur

1. Thomassen Ø, Wisborg T. En 33 år gammel kvinne med hjertestans under keisersnitt. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 3270–1.
2. Brattebø G. Håndtering av akutte situasjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 3272.
3. Sand S, Øyan P, Henriksen T, red. Veileder i fødselshjelp 2006. [http://www.legeforening.no/asset/32196/2/32196\\_2.pdf](http://www.legeforening.no/asset/32196/2/32196_2.pdf) (25.1.2007).

## Bekymringsfri refusjonsordning ved KOLS

Alf Henrik Andreassen & Sverre Lehmann spør i Tidsskriftet nr. 2/2007 om refusjonsendring for medisiner ved kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) bør gi grunn til bekymring (1).

Statens legemiddelverk er enig i at informasjonen til leger om refusjonsendringene for pasienter med astma og kronisk obstruktiv lungesykdom kunne vært mer

effektiv. Endringene hadde virkning fra 1.7. 2006, med en overgangstid til 1.7. 2007. Legemiddelverket har brukt sin nettside [www.legemiddelverket.no](http://www.legemiddelverket.no) som hovedkanal for å informere om denne refusjonsendringen, slik vi gjør i andre liknende saker. Vi er klar over at ikke alle leger har Internett på kontoret, likevel håper vi at informasjon om endringen av regelverket etter hvert begynner å bli kjent hos allmennleger og spesialister i indremedisin og lungesykdommer. Oppmerksomheten i mediene kan tyde på det.

Endring i refusjonsrettighetene gjelder bare pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom i forhold til kombinasjonspreparater med steroider på vanlig blåresept. Dette krever nå søknad etter § 10a. Det må foreligge en spirometriundersøkelse som viser FEV<sub>1</sub> under 50 % av forventet verdi samt kliniske opplysninger om hyppige eksaserbasjoner. Det er nytt og viktig i forskriften at spirometri blir grunnlaget for diagnostisering av sykdom, og at FEV<sub>1</sub>-verdien for disse pasientene blir avgjørende for hvilke preparater det ytes refusjon for på vanlig blåresept.

Vi skrev sist om dette på Legemiddelverkets nettsider i oktober 2006, og vi oppfordrer alle leger til å abonnere på våre nyheter på e-post. Slik får man tilsendt fersk informasjon om nye legemidler, terapibefalinger, endringer i refusjonsstatus m.m. Man velger selv de temaene man er interessert i. Det er enkelt å melde seg på tjenesten fra [www.legemiddelverket.no](http://www.legemiddelverket.no). Vi besvarer gjerne enkelthenvendelser fra leger som ikke finner frem på Internett og oversender skriftlig informasjon på papir ved behov. Ta gjerne kontakt med undertegnede.

**Björg Nitteberg Sørensen**  
Statens legemiddelverk

### Litteratur

1. Andreassen AH, Lehmann S. refusjonsendring for KOLS – grunn til bekymring? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 206–7.

## Kommer det nye St. Olavs Hospital til å grunnstøte?

I Tidsskriftet nr. 1/2007 hadde Sven Erik Gisvold et aktuelt og tankevekkende innlegg om St. Olavs Hospital (1). Siden jeg i mange år var overlege ved dette sykehuset og sammen med Gisvold og flere andre overleger var blant tvilerne når det gjaldt dette prosjektet, må jeg få fremføre at jeg deler Gisvolds oppfatning av situasjonen.

Han var ikke og er ikke alene om å være skeptisk til de årlige driftsmessige innsparringene. Forslaget om å samle akuttfunksjonene på ett sted må gjelde døgnet rundt – ikke bare kanskje, som uttrykt av Gisvold (1). Da er vi omtrent tilbake der vi var tidligere. Dette kan oppfattes som et nederlag for beslutningstakerne. At disse skal gå inn for forandringer, er sannsynlig for optimistisk.