

Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord sendes tidsskriftet@legeforeningen.no. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Tidsskriftet praktiserer tilsvarsrett i henhold til Vancouvergruppens regler.

«The Visible Human Project» – en annen synsvinkel på etikken

Erik Fosse har bedt Rådet for legeetikken å vurdere bruken av data fra «The Visible Human Project» i forskning ved hans avdeling (1). For dette skal han ha uforbeholden ros – det ville vært lett å vise til den store mengde litteratur som er publisert angående prosjektets etiske sider som en garanti for at den diskusjonen var tatt.

Rådet for legeetikken gir en grundig gjennomgang (2). Det mannlige legemet ble tilgjengelig for prosjektet fordi vedkommende ble henrettet, og man har tvilt på gyldigheten av samtykket. Rådet mener at verken argumentet om at leger ikke skal delta ved dødsstraff, eller usikkerheten om samtykket, er gode nok grunner til å fraråde bruk av datasettet i forskning. Jeg er uenig i dette.

Rådet peker på at dødsstraff er innført i USA på demokratisk vis, og det finnes ankenemuligheter. Jeg mener at det argumentet er ubrukbart. Verken Verdens legeforening eller Den norske legeforening har vektlagt dødsstraffens juridiske forankring i sine uttalelser om legers befåning med dødsstraff. Dødsstraffen er uforenlig med legers rolle som helbredere. Mannslegemet i «The Visible Human Project» hadde ikke vært tilgjengelig uten dødsstraff. De data som kommer fra ham forutsetter dødsstraffen, og bruk av dataene bidrar til å legitimere straffemåten.

Legitimiteten av samtykket er svært tvilsomt. Det sies at straffingen ga samtykke til fengselspresten om at kroppen hans kunne brukes i forskning. Legemer som doneres «til legevitenskapen» utgjør uvurderlige verktøy i utdanningen av leger. Men det er stor forskjell på å donere kroppen sin under en konvensjonell forståelse av at man blir et anonymt objekt brukt i forskning og undervisning, og det at alle detaljer om ens kropp ligger tilgjengelig på verdensveven. Vedkommendes identitet er også fullt kjent. Et generelt samtykke til å «gi kroppen sin til vitenskapen» er etter mitt syn et helt utilstrekkelig grunnlag for å tillate slik bruk.

Det kan også stilles spørsmål om gyldigheten av samtykket for kvinnekroppen i prosjektet. Det var angivelig hennes mann som ga samtykke og ønsket at hun skulle brukes til dette. Forsiden av Tidsskriftet nr.6/2009 gjengir et delbilde av kroppen hennes. Bildet er såpass lite flatterende at

jeg tror svært få middelaldrende kvinner i fullt informert frivillighet ville gå med på å bli stilt ut for hele verden på denne måten. Hvis det er riktig at samtykket kom fra hennes ektemann og ikke fra henne, spør jeg om det å gi samtykke til en såpass spesiell bruk av kroppen hennes faktisk lå innenfor det en ektefelle har rett til.

«The Visible Human Project» synes å være av stor medisinsk og vitenskapelig verdi. Det er derfor sterkt å beklage at det er grunn til å reise tvil om tillatelseheten av å bruke de kroppene som faktisk er brukt. Kravet til fullt informert samtykke burde vært etterlevd med betydelig større stringens enn det som synes å ha vært tilfellet.

Thor Willy Ruud Hansen

Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Litteratur

1. Fosse E. «The Visible Human Project» – et etisk dilemma. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 505.
2. Markestad T. Bruk av datasettet «The Visible Human Project» i forskning. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 529–30.

Tanker om psykosens årsak

På bakgrunn av mine egne erfaringer med psykose har jeg etter hvert utviklet noen tanker om dette som jeg ønsker å skrive om. Utgangspunktet er det bemerkelsesverdige faktum at mennesker med forskjellige former for hjerneskader: eldre, psykisk utviklingshemmede m.v., kan utvikle symptomer som er svært lik dem man ser ved schizofreni (for eksempel paranoide vrangforestillinger).

Dette kan selvfølgelig være en tilfældighet, men etter min mening kan det også muligens forklare hvorfor og hvorledes psykoser oppstår. Idet grepet om tilværelsen glipper, skapes det naturlig nok utrygghet med en påfølgende utvikling av angst. I et forsøk på å møte angsten og muligens få kontroll over den, utvikles konkrete ideer som man kan forholde seg til, de såkalte vrangforestillinger (1). Jeg tror dette fenomenet er et forsøk på å beskytte og skjerme den delen av personligheten som fortsatt er intakt. Hvis dette mislykkes og det oppstår en ren ukontrollert angst, vil det medføre et psykotisk sammenbrudd. En del psykiatere mener at dette er et gunstig utgangspunkt for behandling, men det er klart at det foreligger en fare for en varig skade og destabilisering av personligheten. Ved å gi trygge

rammer og utvikle et tillitsforhold kan en del av angsten avta og situasjonene dermed bli et godt behandlingsmessig utgangspunkt.

Dette er ikke ment å skulle være en utfyllende forklaring på fenomenet «schizofreni», men snarere en mulig hypotese om en side ved psykosens funksjon. Jeg tror at muligheten for å bli psykotisk ligger i oss alle hvis vår evne til å møte livets utfordringer av en eller annen grunn er blitt skadet eller svekket. Det vil da komme frem en sikkerhetsforanstaltning som vi alle bærer i oss fra naturens side.

Lars Maure

Røyse

Litteratur

1. Laing RD. The divided self: an existential study in sanity and madness. Harmondsworth: Penguin, 1960.

Ganske vanlig, men uforsvarlig

Klopidogrel (Plavix) er blant de 5–7 % av legemidlene som klassifiseres som prodrugs. Felles for disse er at legemiddelmolekylene må gjennomgå en kjemisk omdanning i kroppen for å bli farmakologisk aktive. Enzymer innen cytokrom P-450 (CYP)-familien er sentrale i omsetningen av legemidler som brukes i behandlingen av en rekke lidelser, herunder hjerte- og karlidelser, kreft, psykiske og neurologiske lidelser. CYP-enzymene utviser store individuelle forskjeller i fenotype, relatert til genetiske forhold, sykdomstilstander eller miljøpåvirkning. Medfødte mutasjoner gjør at om lag 10 % av befolkningen i Norge har betydelig redusert funksjon av ett eller flere CYP-enzym. Dette medfører risiko for terapivikt ved behandling med prodrugs.

I to nylig publiserte artikler er det vist at effekten av behandling med klopidogrel er knyttet til CYP-funksjon (1, 2). Klopidogrel gis som prodrug og omdannes til aktivt virkestoff av CYP2C19. Artiklene i *The Lancet* og *New England Journal of Medicine* viste at risikoen for terapivikt, dvs. nye kardiovaskulære hendelser og død, var betydelig økt for pasienter med nedsatt funksjon i CYP2C19. I 2007 brukte mer enn 23 000 norske pasienter klopidogrel, og legemidlet ble omsatt for 95 millioner kroner (3). 3–5 % av befolkningen er

homozygot for gener som gir betydelig nedsatt funksjon i CYP2C19, ytterligere 30 % er bærere av ett gen og har noe nedsatt funksjon. Det finnes ingen surrogatmarkør for å vurdere hvem som har forebyggende effekt av klopidogrel. Behandling med dette legemidlet uten genotyping av CYP2C19 gir terapivikt med svært alvorlige konsekvenser for enkeltpasienter og økte kostnader for helsevesenet.

Genetisk variasjon i CYP-enzymene er vist å predikere dosebehov av en rekke legemidler. Allikevel er genotyping lite brukt og tilsynelatende fortsatt kontroversielt innen somatisk medisin. Det er en utbredt holdning at effekten av genotyping ikke er dokumentert, verken medisinsk eller økonomisk (4, 5). Når det gjelder klopidogrel, er det vanskelig å se at dokumentasjonsgrunnlaget kan bli bedre. Dersom de omtalte artiklene ikke godt nok dokumenterer nytten av genotyping ved behandling med klopidogrel, ønsker vi å stille spørsmål ved hvilken dokumentasjon som kreves.

Prøve-og-feile-tilnærming er *vanlig*. Dersom et legemiddel ikke virker, kan et nytt prøves. Imidlertid finnes det alternativer til denne fremgangsmåten. CYP-genotyping kan identifisere pasienter med risiko for terapivikt og bivirkninger, samt bidra til å redusere legemiddelkostnader. CYP-genotyping er tilgjengelig ved laboratorier i alle helseregioner. Hvorvidt prøve-og-feile-tilnærmingen også er *uforsvarlig*, bør bli gjenstand for både debatt og forskning.

Dag Kristen Solberg
Espen Molden
Helge Refsum
 Diakonhjemmet Sykehus

Litteratur

- Collet JP, Hulot JS, Pena A et al. Cytochrome P450 2C19 polymorphism in young patients treated with clopidogrel after myocardial infarction: a cohort study. *Lancet* 2009; 373: 309–17.
- Simon T, Verstuyft C, Mary-Krause M et al. Genetic determinants of response to clopidogrel and cardiovascular events. *N Engl J Med* 2009; 360: 363–75.
- Reseptregisteret. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2009. www.reseptregisteret.no [24.3.2009].
- Nilsen L. Dårlig respons på Plavix. *Dagens Medisin* 29.1.2009. www.dagensmedisin.no/nyheter/2009/01/29/darlig-respons-pa-plavix/index.xml [24.3.2009].
- Storey RF. Clopidogrel in acute coronary syndrome: to genotype or not? *Lancet* 2009; 373: 276–8.

våre kontingenter og bidratt til utvikling og debatt innen våre ulike fagfelter.

Norge har i dag akutt behov for nærmere 3 000 fastleger, og mange legekontorer står tomme. Samtidig er det mange friske, erfarne eldre leger som gjerne vil arbeide som fastlege utover fylte 70 år. Som kjent utløper vår alminnelige autorisasjon ved fylte 75 år, dog med mulighet til på visse vilkår å søke forlengelse. Når det gjelder fastlegehjemmelen, har imidlertid Legeforeningen og KS «i sin visdom», besluttet at her skal aldersgrensen av en eller annen ukjent grunn, være 70 år. Jeg har ennå ikke fått høre et fornuftig argument for at privatpraktiserende leger kan utøve sin virksomhet frem til fylte 75 år, mens kommunale fastleger og enkelte spesialister blir ubrukelige ved fylte 70 år. Hvor er logikken?

Det er dessuten en særmorsk aldersgrense som for lenge siden gikk ut på dato. Vi lever lenger, har bedre helse og er vesentlig mer informert enn hva man var da denne grense ble innført for flere tiår siden. Likevel ser det ikke ut som om Legeforeningen har tenkt å bidra til at en foreldet regel endres.

Jeg har selv søkt Lørenskog kommune om å forlenge min fastlegehjemmel, men har dessverre fått avslag. Den eneste begrunnelsen jeg har fått, er min alder og en henvisning til avtalen mellom Legeforeningen og KS. Jeg finner imidlertid at et avslag med en slik begrunnelse er svært diskriminerende og har bedt kommunen om en mer saklig begrunnelse.

I den anledning har jeg forgjebes søkt om hjelp fra både Eldre legers forening og Legeforeningen. Når jeg derved tvinges til å engasjere advokat og ber om noe økonomisk støtte, får jeg igjen blankt avslag. Dette får meg til å stille spørsmål om hvorfor jeg i alle disse årene har betalt min kontingent. Den dagen jeg omsider trenger hjelp, glimrer Legeforeningen med sitt fravær og jeg må ta opp kampen alene.

Eldre leger er en ressurs for samfunnet og våre politikere ber oss stadig om å arbeide lenger. Når skal Legeforeningen våkne og bidra til å fjerne denne uverdige aldersgrensen?

Finn Erik Hustad-Johansen
 Lillestrøm

Litteratur

- Mygland L. Når Legeforeningen svikter. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 41.

pasientene utgjør et absolutt korrektiv i så henseende? De vil umiddelbart bryte kontakten ved mistanke om alderssvekkelse i utførelsen av legevirkosomheten. Denne frykten bør derfor ikke være noe argument for 75-årsregelen.

Etter 50 års arbeid som lege ble jeg 75 år og har etter det søkt og fått innvilget til sammen fire års lisens. Til høsten utløper lisensen på ny, men denne gang har jeg ikke den nødvendige arbeidsmengde autorisasjonskontoret definerer som nødvendig for å få innvilget en søknad.

Så står man der avskiltet som lege. Ikke kan du skrive en resept for å hjelpe et familiemedlem, en venn eller bekjent. Ikke kan du henvise noen til spesialist eller til sykehus. For å illustrere hvor stivbent det hele kan være, så hadde jeg en god venn og kollega som skrev en resept til sin datter og reitererte denne. Da datteren noe senere kom på apoteket for å benytte reiterasjonen, var imidlertid hennes far blitt 75 år og hadde ikke lenger lisens. Datteren fikk ikke sin medisin på den reitererte resepten til tross for at denne var utferdiget mens hans lisens var gyldig. Forstå det den som kan.

Selv skal jeg ikke drive med transplantasjon, verken av hjerner eller nyrer, eller befatte meg med annen komplisert medisin, men jeg ville gjerne kunne drive litt «hverdagsmedisin» for å hjelpe familie og venner som ovenfor nevnt. Det blir det nå slutt på.

Det har tidligere vært innlegg i Tidsskriftet om saken (2–5), uten at jeg kan se at det har kommet noen kommentar til dette fra foreningshold. Jeg ønsker derfor å få vite hva Legeforeningens president mener om dette forholdet og utfordrer henne til å kommentere saken i Tidsskriftet.

Nils Hunstad
 Trondheim

Litteratur

- Haugum P. Eldre leger diskrimineres ikke. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 1545–6.
- Hansen E, Pahle JA. Diskriminerende aldersgrense for leger. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 1075.
- Pahle JA, Hansen E. Eldre leger diskrimineres ikke. Tilsvar. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 1546.
- Pande H, Noreik K. Eldre legers syn på tap av autorisasjon ved fylte 75 år. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 2843.
- Hagen S. Samfunnets hån mot eldre leger. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 311–2.

Tanker omkring 70-årsregelen for fastlegehjemmel

Jeg leste med stor interesse kollega Lars Myglands innlegg i nr. 1/2009 (1), hvor han fortalte om manglende støtte fra Legeforeningen. Jeg kjenner meg dessverre godt igjen og opplever at Legeforeningen ikke bryr seg om sine eldre medlemmer. Dette på tross av at vi i flere tiår trofast har betalt

Opphør av autorisasjon ved fylte 75 år

Begrunnelsen for vedtaket om at autorisasjonen ikke skal gjelde etter fylte 75 år er etter sigende at mange eldre leger ikke «er i stand til å vurdere når de bør legge inn årene» (1).

Men skjønner ikke myndighetene at

Når de yngste får bestemme

Takk til Steinar Hagen som i Tidsskriftet nr. 4/2009 peker på det store mistaket myndighetene har gjort ved å frata legene all autorisasjon ved fylte 75 år (1). Hvorfor er det så få leger som bryr seg og uttaler seg kritisk til dette? Er det fordi de fleste legene har barn som er blitt leger slik at de bare kan ringe sin sønn eller datter og få den resepten de vil ha? Hvordan er det mulig at