

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 etikkfokuserte 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 utidig 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-