

Bør alvorlige dommer mot leger få konsekvenser for yrkesutøvelsen?

Fra tid til annen forekommer det at leger dømmes for alvorlige forbrytelser. Et spørsmål som da ofte vil dukke opp, er om denne forbrytelsen bør få konsekvenser for legen som yrkesutøver etter at dommen er sonet.

De legeetiske reglene regulerer de handlinger som leger utfører i sitt yrke. Rådet for legeetikk mener at Legeforeningens etiske regler for leger gir grunnlag for reaksjon overfor medlemmer som dømmes for straffbare handlinger som ikke har direkte sammenheng med utøvelsen av yrket.

De rettslige regler knyttet til dette spørsmålet vil bli omtalt i en senere artikkel.

Leger har krav på samme rettssikkerhet som andre samfunnsborgere. Det medfører retten til å kunne starte på nytt og legge en straffbar handling bak seg når straffen er sonet, enten straffen er knyttet til legens utøvelse av yrket eller utenfor utøvelsen av legeyrket.

Legeyrket er spesielt og gir stor makt ved at pasientene ofte er i en sårbar situasjon og i et avhengighetsforhold til legen. Tillit er en helt grunnleggende forutsetning for lege-pasient-forholdet, noe som også fremgår i kapittel 1, § 2 i etiske regler: «...Samarbeidet med pasienten bør baseres på gjensidig tillit,...» Legers atferd, også som privatpersoner, kan svekke en slik tillit, kanskje særlig der det er begått overgrep mot andre av voldelig eller seksuell karakter, eller der mennesker på andre måter er grovt utnyttet. I etiske regler for leger, kapittel I, § 1, heter det bl.a. at «Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forhold til pasienter og samfunn.»

Rådet mener at en del straffbare handlinger, f.eks. alvorlige seksuelle overgrep, narkotika- og voldsforbrytelser bryter med disse generelle kravene og svekker allmennhetens tillit til legen. Denne type straffbare handlinger utført av lege bør således kunne vurderes i relasjon til etiske regler for leger.

– Reidun Førde, Rådet for legeetikk

Refleksivt

Jeg leser om grasrotmedisin i Tanzania i Tidsskriftet nr. 4 /2002 (1). Idet jeg passerer setningen «Det er hans egen livshistorie han forteller», kommer det fra TV-en: «Hun trodde han var mannen i sitt liv», fulgt av et snøft fra nærsittende seer; hun vet når det skal være refleksivt pronomen, og det var ikke her. Det skulle vært «Hun trodde han var mannen i hennes liv». Derimot skulle det vært «Det er sin egen livshistorie han forteller».

Refleksive pronomen er *sin/sitt/sine*, og de skal vise til subjektet i samme setning. I «Hun trodde...» kommer det en ny en, «(at) han var mannen...», følgelig er det ikke samme setning lenger, og pronomenet skal være «hans». Men i «Det er ...egen livshistorie» er det ingen ny setning ennå, den kommer først med «(som) han forteller», følgelig skal det være «sin».

Nå er det jo en grunn til feil også, og i eksemplet fra Tidsskriftet er grunnen at pronomen oftere viser til venstre enn til høyre. Det er ikke noe i veien for å si «Da han var tolv år, kom Bjørnson til Molde», men «Da Bjørnson var tolv år, kom han til Molde» er vanligere, for både forfatter og leser vil helst ha det mest informasjonsbærende ordet før pronomenet som henviser til det. Når det ikke er noen ny setning mellom substantiv og pronomen, kan man si at pronomenet «reflekterer» – gjenspeiler – substantivet. Hvis forfatteren da ikke har noen mulighet for å la pronomenet vise til venstre, dvs. tilbake til substantivet, kan feilen lett oppstå.

Det finnes unntak fra de fleste regler, og for tydelighets skyld bør man nok godta «Per bad Pål og Espen sette seg i sofaen hans» og ikke «...sin», selv om pronomenet viser rett tilbake til «Per». Grunnen er at tanken altfor lett lager setningen «Pål og Espen satte seg i sofaen sin» og hever en sekundær neksus opp til å bli en primær – det er ikke bare i medisinen at en toleddet forbindelse kan kalles en neksus.

– Dag Gundersen, Oslo

Litteratur

I. Bjune G. Fra grasrotmedisin i Tanzania. Anmeldelse av boken: Lyimo BA. From smallpox to AIDS. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 400.

C Physiotens® "Solvay Pharma AS"
Selektiv Imidazolin Receptor Agonist

ATC-nr. C02 A C

Tabletter 0,2 mg og 0,4mg: Hver tablett inneholder: Moksonidin 0,2mg, resp. 0,4mg, laktosemonohydrat og andre hjelpestoffer.

Egenskaper: Klassifisering: Sentralt virkende imidazolinderivat med antihypertensiv effekt. Virkningsmekanisme: Antihypertensiv effekt ved påvirkning av sentralnervesystemet, hvor moksonidin selektivt interagerer med 11-imidazolin-reseptorer i hjernestammen. Disse imidazolin-følsomme reseptorene er konsentrert i rostral ventrolateral medulla, et område som er viktig for den sentrale kontroll av det perifer sympatiske nervesystemet. Nettoeffekten av denne interaksjonen med 11-imidazolin reseptorer synes å være en redusert aktivitet av sympatiske nerver (vist på sympatiske nerver i hjertet, innvoller og nyre). Moksonidin skiller seg fra andre sentralt virkende antihypertensiva ved lav affinitet til sentrale α_2 -reseptorer sammenlignet med affiniteten til 11-imidazolin reseptorer. α_2 -reseptorer anses å være molekylært mål for mediering av bl. a. munntørhet, som er den mest alminnelige bivirkning for første generasjons sentralt virkende antihypertensive midler. Farmakodynamiske effekter: Moksonidin reduserer systemisk vaskulær motstand, og derved arteriell blodtrykk. Absorpsjon / Distribusjon: Peroral behandling av rotter og hunder resulterte i rask og nesten fullstendig absorpsjon. Biotilgjengelighet: 88%. Hos mennesker absorberes ca. 90% av peroral dose, og maksimal plasmakonsentrasjon ses etter 30 - 180 minutter. Absorpsjonen påvirkes ikke av mat. Moksonidin gjennomgår ikke first-pass metabolisme i leveren. Ca. 7% bindes til humane plasmaproteiner. Biotransformasjon: 10 - 20% av moksonidin omdannes til de hovedmetabolittene 4,5-dehydromoksonidin og et guanidinderivat ved åpning av imidazolringen. Den hypotensive effekten av 4,5-dehydromoksonidin og guanidinderivatet er henholdsvis 1/10 og 1/100 av moksonidins effekt.

Eliminasjon: Gjennomsnittlig plasma eliminasjons halveringstid for moksonidin er 2,2 - 2,3 timer. Renal eliminasjonstid er 2,6 - 2,8 timer. Både moksonidin og hovedmetabolittene omdannes hovedsakelig i nyrene. Mer enn 90% av dosen utskilles via urinen i løpet av de første 24 timene etter tablettinntaket, mens ca. 1% utskilles via feces. Kumulativ renal utskillelse av uendret moksonidin er ca. 50 - 75%. Det ble ikke observert kumulasjon av moksonidin i kroniske toksisitetsstudier over 52 uker i rotter og hunder.

Indikasjon: Hypertensjon

Kontraindikasjoner: Physiotens skal ikke brukes ved: Sick sinus syndrom, alvorlig bradykardi og sterkt nedsatt nyrefunksjon (GFR under 30 ml/min, serum kreatinin over 160 mmol/l)

Bivirkninger: Vanlige (>1/100): Munntørhet, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Hodepine, asteni, svimmelhet, kvalme, søvnforstyrrelser, vasodilatasjon og nervøsitet. Mindre vanlige (< 1/100): Svakheter i bena, sesjon. Frekvens og intensitet av symptomene avtar som regel i løpet av behandlingen.

Forsiktighetsregler: Dersom moksonidin gis i kombinasjon med betablokker og behandlingen skal avbrytes, skal man først gradvis seponere betablokkeren, og deretter gradvis seponere moksonidin. Hos pasienter med moderat redusert nyrefunksjon (GFR 30 - 60 ml/min, serum kreatinin 105 - 160 mmol/l) må den antihypertensive effekten av moksonidin følges nøye, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Det er ikke observert noen «rebound effects» etter seponering av moksonidin, men som ved andre antihypertensive midler bør behandlingen nedtrappes gradvis. På grunn av manglende terapeutisk erfaring bør ikke moksonidin gis samtidig med trykkløse antidepressiva.

Graviditet og amming: Graviditet: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. Dyrestudier viste ingen reproduksjonstoksiske effekter. Moksonidin bør ikke brukes under graviditet. Amming: Moksonidin går over i morsmelk i mengder som kan påvirke barnet ved terapeutiske doser. Preparatet bør derfor ikke brukes under amming.

Interaksjoner: Samtidig inntak av andre antihypertensiva fremmer den antihypertensive effekten av moksonidin. Effekten av alkohol, sedativa og hypnotika kan forsterkes av moksonidin. Samtidig inntak av moksonidin og benzodiazepiner kan forsterke den sedative effekten av benzodiazepiner.

Dosering: Voksne: Behandlingen innledes med laveste dose, d.v.s. 0,2 mg om morgenen. Hvis tilstrekkelig terapeutisk effekt ikke oppnås, kan dosen økes til 0,4 mg etter tre uker. Dosen kan gis som enkeltdose eller fordeles på to doser. Ved fortsatt utilstrekkelig effekt kan dosen økes inntil 0,6 mg etter ytterligere tre uker. Daglig dose på over 0,6 mg og enkelt dose på mer enn 0,4 mg bør ikke overskrides. Hos pasienter med moderat redusert nyrefunksjon (GFR 30 ml/min - 60 ml/min) er maksimal enkeltdose 0,2 mg og maksimal daglig dose 0,3 mg. Barn: Man har liten erfaring angående bruk av moksonidin til barn under 15 år, og preparatet bør derfor ikke gis til denne aldersgruppen. Inntak av mat påvirker ikke moksonidins farmakokinetiske egenskaper. Physiotens kan tas før, under eller etter måltid. Tablettenes bør svelges med litt væske.

Overdosering: Doser inn til 2,0 mg/dag har i enkelte tilfelle vært tolerert uten alvorlige uønskede effekter. Det er rapportert to tilfeller av overdosering med moksonidin hos barn (2 og 3 år gamle): Et to års gammelt barn inntok en ukjent dose moksonidin, sannsynligvis maksimalt 14 mg. Følgende symptomer oppsto: sesjon, koma, hypotensjon, muse og dyspnø. Mageskylning, glukoseinfusjon, mekanisk ventilasjon og hvile førte til fullstendig oppheving av symptomene i løpet av 11 timer. Et annet barn (3 år) inntok 0,3 mg moksonidin om morgenen. Barnet ble innlagt på sykehus om kvelden for søvnolens. Barnet ble utskrevet etter en observasjonstid på 24 timer. På grunn av de farmakodynamiske egenskaper av moksonidin kan følgende symptomer forventes hos voksne: sesjon, hypotensjon, mangelfull ortostatisk regulering, bradykardi, munntørhet. I sjeldne tilfeller kan man se kvalme og paradoskalt hypertensjon. Ingen spesiell antidot er kjent. Tolozolin er en α -blokker som kan reversere symptomene. Tiltak for å støtte blodsirkulasjonen anbefales.

Pakninger og priser: Kalenderpakning: 0,2mg 28 stk. kr. 150,30. 98 stk. kr. 421,40. 0,4 mg 28 stk. kr. 215,60. 98 stk. kr. 621,60.

Refusjon § 9.12

Solvay Pharma AS, PB 248, 1301 Sandvika. Tlf. 67521220



**SOLVAY
PHARMA**