

Kliniske farmasøyer kan være nødvendige medarbeidere ved forskrivning av legemidler til alvorlig syke pasienter

Faglig samarbeid i sykehus

«Pasienten i sentrum» har vært visjon og slagord for mange sykehusledere på flere nivåer de siste 50 årene. Meninger om den optimale samarbeidsform for helsearbeidere med ulik faglig bakgrunn bygger i stor grad på kasuistiske anekdoter eller erfaringer og i liten grad på dokumentert viten fra prospektive observasjonsstudier eller ved randomisert allokering.

Det er fortjenestfullt at Piia Pretsch og medarbeidere ved Aker universitetssykehus i Oslo har gjennomført en systematisk evaluering av samhandlingen mellom en klinisk farmasøyt og øvrig helsepersonell tilknyttet en sengepost, slik det fremgår av deres artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (1). Kostnad-effekt-analyser mangler for deltakelse av en slik fagperson i en flerfaglig behandlingsgruppe, liksom for tilknytning av lege og sykepleier med spesialkompetanse, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom, dietetiker og klinisk psykolog.

I en kompleks organisasjon, som en sengepost er, skal det være en pasientansvarlig lege. I praksis viser det seg imidlertid at vedkommende som har denne oppgaven, ofte er fraværende pga. avspasering, vakter, poliklinisk tjeneste, ferie, helg m.m. under deler av pasientens sykehusopphold. I og med at faglig kompetanse ikke alltid følger yrkestittel, er det viktig at flere yrkesgrupper kommer med innspill før behandlingsmessige beslutninger fattes.

En observasjonsstudie er en god start for å beskrive forhold som oppfattes som problematiske. Det er viktig at organisasjonsstudier har pasientrelevante hendelser som effektmål. Gode endepunkter for pasientenes helsetilstand kan være mortalitet, morbiditet og livskvalitet. Studien til Pretsch og medarbeidere omfatter en rekke surrogate endemål som manglende, unødvendige og feil legemidler, underdosering, overdosering og manglende etterlevelse av inntak av forskrevet legemiddel. Studien er således en internkontroll der den kliniske farmasøyten påpekte utilfredsstillende forhold, noe som førte til endring av medikamentforskrivningen hos to tredeler av pasientene. Et slikt funn bør etterprøves ved andre sengeposter og sykehus.

Skal legemidler virke etter hensikten, må de brukes riktig. For mange mennesker med kroniske sykdommer betyr farmakologisk behandling at de kan opprettholde funksjonsevne og selvhjelpenhet lenger og leve lenger enn hva de ville gjort uten slik behandling. Årsak til feilbruk av legemidler kan være av farmasøytisk/teknisk art eller kan ligge hos forskriver, informant eller bruker. Gode internkontroller er beskrevet og etablert for et fåtall sykdommer, for eksempel tuberkulose (2).

Det er velkjent at legemiddelbivirkninger og medikamentproblemer er årsak eller medvirkende årsak til sykdom og død. Dette er kvantifisert ved et norsk universitetssykehus (3). I en periode ble nærmere 14 000 pasienter lagt inn, hvorav 700 døde. Åtte dødsfall ble meldt til Legemiddelverket som sannsynlig legemiddelrelatert. Undersøkelsen avdekket at det i virkeligheten gjaldt mer enn 130 pasienter, det vil si hvert 5.–6. dødsfall, eller nær 1 % av alle innleggelser. En slik situasjon krever tiltak.

Tiltak som kan gi bedre legemiddelbehandling er blant annet godt samarbeid med klinisk farmasøyt, bedre undervisning og etter-

utdanning av leger i bruk av legemidler og bedre internkontroll. Legenes grunnutdanning må i større grad omfatte praktisk veiledning, pasientopplæring, monitorering, effektevaluering (av ønsket effekt og av bivirkninger) og kostnad-nytte-vurderinger. Undervisningen i bruk av legemidler bør i større grad enn i dag knyttes opp til den kliniske undervisningen innen diagnostikk og behandling, mens basal farmakologi kan komme tidligere i studiet.

Vi trenger mer kunnskap om legemidlers virkning hos pasienter i høy alder, med hjerte- og lungesykdom, hypoksemi, hyperkapni og acidose, samt nyre- eller leversvikt. Legemiddelutprøving satt i gang av legemiddelindustrien gjennomføres vanligvis hos yngre pasienter som bare har én sykdom i ett organ. Industriavhengig forskning bør gjennomføres hos pasienter som anvender en kombinasjon av mange legemidler og der mange organer er affisert. Vi trenger mer kunnskap om hva som kreves for at alvorlig syke pasienter skal kunne etterleve inntak av forskrevne legemidler.

Enkelte leger har ofte en overdreven praktisering av individuell autonomi og liten interesse og forståelse for behovet for rutiner for internkontroll. Dette kan føre til en tillitskrise overfor befolkningen. Deltakelse av kliniske farmasøyer kan være nyttig ved forskrivning av legemidler til alvorlig syke pasienter og kan være et element i oppbyggingen av et godt tillitsforhold til pasientene.

Amund Gulsvik
amund.gulsvik@med.uib.no

Amund Gulsvik (f. 1941) er spesialist i lungesykdommer, hjertesykdommer og indremedisin. Han er professor ved Universitetet i Bergen og tidligere avdelingsoverlege ved Haukeland Universitetssykehus. Han er for tiden leder av langtidsplanleggingsgruppen i European Respiratory Society, Nasjonal tuberkuloseutvalg og Nasjonal strategigruppe for kronisk obstruktiv lungesykdom.

Oppgitte interessekonflikter: Forfatteren har mottatt forsknings-tilskudd og/eller undervisningshonorarer fra 3M Pharma, Amersham Health, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, GlaxoSmithKline, Merck Sharp & Dome og Pfizer.

Litteratur

1. Pretsch P, Hertenberg SW, Humerfelt S. Klinisk farmasøyt forbedrer legemiddelbruken i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1923–5.
2. Tuberkulosekontrollprogram. Vedtatt i styret i Helse Vest RHF (Postboks 303 Forus, 4066 Stavanger) i desember 2003. 1–76. Stavanger: Helse Vest, 2003.
3. Ebbesen J, Buajordet I, Eriksen J et al. Drug related deaths in a department of internal medicine. Arch Intern Med 2001; 161: 2317–23.