



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeföreningen.no
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Klinisk farmasøyt og legemiddelbruk ved geriatrik sengepost

I Tidsskriftet nr. 15/2004 ble det publisert en artikkel med tittel *Klinisk farmasøyt forbedrer legemiddelbruken i sykehus* (1). I en ledsagende lederartikkel ble det oppfordret til at slike studier bør etterprøves andre steder (2). Vi ønsker her å gi en kort beskrivelse av en studie utført i perioden 2000–04 ved geriatrik sengepost ved Sykehuset Telemark. Sengenposten hadde kun elektive pasienter med to ukers innleggelser.

Polyfarmasi hos eldre kan føre til økt sykkelighet og innleggelse i sykehus. Riktige legemiddelbruk kan bedre livskvaliteten og være samfunnsøkonomisk besparende. Derfor ønsket geriatrik seksjonsledelse å forbedre pasienters medikamentelle behandling ved bistand fra klinisk farmasøyt. Farmasøyten var på sengenposten en dag per måned. Medisineringen til 250 pasienter ble vurdert med hensyn til legemiddelrelaterte problemstillinger og diskutert på previsitten/visitten. Resultatene av legens beslutning på innspillene ble loggført fortløpende etter eget utarbeidet klassifiseringssystem i mangel av annen beskrevet metode.

Det ble funnet minst én legemiddelrelatert problemstilling hos 75 % av pasientene, gjennomsnittlig 3,2 per pasient. For disse pasientene gjorde lege 606 beslutninger om eventuelle endringer i medisineringen. 42 % av beslutningene resulterte i enten seponering, dosereduksjon eller at dette skulle vurderes senere under innleggelsen. 30 % av beslutningene var knyttet til videre måling og oppfølging av laboratorieresvar, hovedsakelig av kardiovaskulære legemidler, med diuretika på topp. Det ble gjort flest avgjørelser vedrørende bruken av hypnotika, anxiolytika og analgetika med tramadol og kodein. Resultatet ble ofte reduksjon av dose, endring fra fast medikasjon til behovsmedikasjon eller seponering. Samtidig ble smerteregimet vurdert. Legemidler med antikolinerge bivirkninger ble i stor grad seponert.

Selv om det var tverrfaglig enighet om de legemiddelrelaterte problemstillingene, førte likevel 12 % av legens beslutninger til uendret forskrivning. En viktig ikke-tallfestet årsak var at pasienten valgte å opprettholde sin opprinnelige forskrivning til tross for informasjon om uheldige bivirk-

ninger. Dette gjaldt særlig legemidler med avhengighetsskapende potensial.

Det er viktig å få en riktig bruk av sove- og beroligende midler, smertestillende og kardiovaskulære midler. Klinisk farmasøyt kan i stor grad bidra til dette. Denne studien er blitt fulgt opp ved at klinisk farmasøyt er på sengenposten en dag i uken og utfører legemiddelgjennomgang og gir tilpasset informasjon til aktuelle pasienter.

Turid Veggeland
Sykehusapoteket Skien

Sigurd Dyb
Sykehuset Telemark

Litteratur

1. Pretsch P, Hertenberg SW, Humerfelt S. Klinisk farmasøyt forbedrer legemiddelbruken i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1923–5.
2. Gulsvik A. Faglig samarbeid i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1914.

Om epikriser og taushetsplikt

I 1988, da Eilif Chr. Rytter i Tidsskriftet etterlyste epikriser som han ikke fikk (1), syntes vi det var selvsagt at innleggende lege skulle få epikrise. En representant for Helsedirektoratet mente at denne praksisen var lovstridig ved innleggelse fra sykebesøk når innleggende lege ikke var pasientens faste lege. Jeg kunne imidlertid ikke finne noe i lov, forskrifter eller forarbeider som tilsa at det var rettsstridig å sende epikrise til innleggende lege, selv om denne «bare» hadde vært i sykebesøk (2). Dette ble imøtegått av helsedirektør Torbjørn Mork, som presiserte at det var en klar forutsetning i legelovens forarbeider at «kommunikasjon mellom helsepersonell bare kan skje når dette er nødvendig av hensyn til behandling av den enkelte pasient» (3). Med andre ord: Det var brudd på taushetsplikten å sende epikrise til innleggende lege hvis pasienten ble innlagt under et tilfeldig sykebesøk. Derimot hadde pasientens faste lege krav på epikrisen, hvis den hadde betydning for videre oppfølging og behandling.

Spørsmålet dukket nylig opp igjen i Tidsskriftet nr. 17/2006 (4, 5). Legeloven, som Torbjørn Mork henviste til, er historie, og nye lover og forskrifter er kommet isteden. Er reglene for hvem som skal ha epikrise forandret i tidens løp? Svaret finnes i § 9 i forskrift om pasientjournal, fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 21.12.

2000 med hjemmel i helsepersonelloven: «Ved utskrivning fra helseinstitusjon skal epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging.» Og videre: «Pasienten bør gis anledning til å opplyse hvem epikrise skal sendes til. Dersom annet ikke opplyses eller fremgår, sendes epikrise til innleggende/henvisende helsepersonell og pasientens faste lege. Epikrise skal sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet.»

Paragrafen levner altså ingen tvil om at den primære hensikt med epikrisen er å sikre forsvarlig kontroll og videre behandling av pasienten. Praksisen med å sende epikrise til innleggende/henvisende lege bør fortsette, fordi den betyr mye for kvalitets-sikringen av helsepersonell. Løsningen må være at pasienten tas med på råd, slik forskriften legger opp til, og at regelen nedfelles i avdelingenes metodebøker. Den legen som skriver pasienten ut fra sykehuset, må be pasienten godkjenne hvem epikrisen skal sendes til etter å ha blitt opplyst om hensikten. Slik godkjenning må dokumenteres. Hvis pasienten motsetter seg at epikrise i det hele tatt sendes, og i andre spesielle situasjoner, finnes egne retningslinjer som ikke omtales her.

Per Bergsjø
Snarøya

Litteratur

1. Rytter EC. Epikrise som ikke kommer. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108: 2171–3.
2. Bergsjø P. Om taushetsplikt og epikriser. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108: 3013–4.
3. Mork T. Om taushetsplikt og epikriser. Helsedirektøren svarer. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108: 3014.
4. Hrubos-Strøm H. Epikrise til innleggende lege. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2286.
5. Strand T. Epikrise til innleggende lege. Ullevål universitetssykehus svarer. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2286.

En urettferdig bokaanmeldelse

Steinar Hunskaar hadde i Tidsskriftet nr. 19/2006 en anmeldelse (1) av læreverket *Det friske og det syke mennesket* av Vegard Bruun Wyller (2). Bøkene dekker pensum i naturvitenskapelige og medisinske fag for sykepleiestudenter og er også anbefalt for andre helsefagstudenter. Hunskaar er begeistret for form og uttrykk pga. et impo-

nerende visuelt inntrykk, og mener at verket er pedagogisk nyskapende ved at hvert av de seks bindene er to parallelle bøker (det friske og det syke mennesket) som er bundet sammen.

Dette er jeg helt enig i, men jeg deler ikke hans kritikk når det gjelder innholdet (1). Jeg er lege og har åtte års erfaring med undervisning av sykepleiestudenter i naturvitenskapelige fag, der jeg har brukt flere forskjellige læreverker. Mitt hovedinntrykk er at Bruun Wyllers læreverker er banebrytende, imponerende og veldig godt pedagogisk. Det jeg liker spesielt godt er at det er så klinisk orientert og trekker studenten inn i situasjoner de helt sikkert vil møte. Det er spennende med kasuistikker i begynnelsen av hvert kapittel der «løsningen» eller diagnosen kommer etter grundige resonneringer og forklaringer og drøfting av differensialdiagnoser. Det er derfor villedende og urettferdig overfor forfatteren at Hunskaar hevder: «Ulike sykepleierroller vert ikkje introdusert eller brukt, til dømes ulike perspektiv sett frå sjukehus, sjukeheim, heimesjukepleie eller legevakt. Her er lite symptomorientering og symptomanalyse, noko som er viktig for mange sykepleiarar. Teksten gir ingen støtte til symptomanalyse eller til å skilje viktig frå uviktig i en observasjonssituasjon» (1).

Fakta er at i 168 av læreverkets pasienthistorier blir en sykepleier eksplisitt plassert i en bestemt rolle. De fleste gangene skjer dette i sykehus, men også 27 ganger i eldreomsorgen, 16 ganger i kommunehelsetjenesten og 34 ganger i legevakt. Jeg synes tvært imot det er grunn til å fremheve som positivt at det er første gang sykepleierrollen i det hele tatt er nevnt i et læreverker, i hvert fall gjelder det dem jeg har brukt. Når det gjelder symptomer, beskrives 208 forskjellige symptomer og tegn i tilknytning til pasienthistoriene. De fleste av disse analyseres utførlig, i motsetning til hva Hunskaar hevder. Hunskaar skriver også at han finner litt for mange småfeil. Men for flertallet av de eksemplene han nevner, er formuleringene i læreverket i samsvar med anbefalingene i *Norsk legemiddelhåndbok* og andre autoritative oppslagsverk.

Min konklusjon er at Hunskaars kritiske bemerkninger ikke er rettfærdige. Ingen læreverker er perfekte, og andre lærebøker vil fortsatt ha sin rettmessige plass. Men for sykepleiestudenter synes jeg *Det friske og det syke mennesket* er svært velegnet med sin kliniske tilnærming til fagstoffet.

Mona Elisabeth Meyer

Avdeling for sykepleie
Høgskolen i Akershus

Litteratur

1. Hunskaar, S. Fornyaende pedagogikk – faglege utfordringar. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126; 2559. Anmeldelse av: Wyllers VB. Det friske og det syke mennesket.
2. Wyllers VB. Det friske og det syke mennesket. Oslo: Akribes, 2005–06.

Sex, jakt og faglighet

Som menig leser av det ellers så utmerkede Tidsskriftet ble jeg bekymret over et par annonser i nr. 20/2006. Bekymring nr. 1 ble utløst av Viagra-annonsen (side 2634) med teksten «Harder erections. Make it happen.». Dette handler ikke om forsvarlig legemiddelbruk. Annonsen synes å oppfordre leger til å foreskrive mer sex i grenselandet mellom det heftige og det voldelige. Eller kanskje over grensen til det voldelige – bamsen på bildet har bokstavelig talt mistet hodet. Jeg tviler for så vidt ikke på at det finnes aktuelle brukergrupper – kanskje kan dopede kroppsbyggere realisere sitt fulle potens(ial)? Men slik bruk av Viagra, dersom sildenafil faktisk virker som bildet lover, bør neppe være et anliggende for den norske helsetjeneste. Jeg sendte en e-post til Pfizer Norge og sa hva jeg syntes om deres fremstøt, men jeg vil også be Tidsskriftet vurdere saken.

Jakttrofeet som henger litt undrende på snei høyt over den seksuelle slagmarken i den omtalte Viagra-annonsen, bringer meg til bekymring nr. 2, som er annonsen for kurset «Topics on infectious diseases and travel medicin» (uten e) på side 2718 i samme nummer. Kurset annonseres under tittelen «Her er kurset alle må på!». Utover det står det ikke noe om det faglige innholdet. Godkjenningen for flere spesialiteter tilsier at standarden er god. Annonsen fokuserer imidlertid ikke på det, men på: «For jegere med eget våpen 24 000 kroner + 5 000 kroner for jaktpakke bestående av 1x Impala, 1x Warthog og 1x Blesbock eller jakt etter trofelisten. se Kwalata sin nettside. Øvrig meget interessant socialt program.»

Konklusjon: Disse to annonsene gir hver for seg en dårlig signaleffekt. Om man legger dem side ved side, blir summen latterlig, pinlig, uhyggelig eller tragisk, avhengig av øynene som ser. Jeg vil helst ikke bli assosiert med en profesjon der jakttrofeer henger høyere enn fag.

Linn Getz

Institutt for samfunnsmedisin
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Pfizer AS svarer:

Linn Getz skriver at hun er bekymret over Viagra-annonsen med teksten «Harder erections. Make it happen.» i Tidsskriftet nr. 20/2006. «Annonsen synes å oppfordre leger til å foreskrive mer sex i grenselandet mellom det heftige og det voldelige. Eller kanskje over grensen til det voldelige – bamsen på bildet har bokstavelig talt mistet hodet,» skriver hun.

Pfizer vil selvfølgelig beklage det hvis annonsen skaper negative assosiasjoner hos mottakeren. Vi har ingen intensjoner om å markedsføre Viagra mot andre «bruker-

grupper» enn dem som legen vurderer som behandlingstrengende. Et misbruk er ingen tjent med.

Annonsen spiller på en helt konkret effekt av Viagra: Pasientene settes i stand til å ha et seksualliv som også innebærer spontanitet (1). Denne annonsen og to andre annonser med samme uttrykk er benyttet i flere utgaver av andre medisinske tidsskrifter de siste 4–5 månedene – uten at vi har fått negative tilbakemeldinger. Assosiasjoner til lidenskap, spontanitet og humor er det som er blitt formidlet til oss fra andre lesere. Bildet er helt bevisst overdramatisert for å gi det en humoristisk form. Det er lagt inn mange små detaljer i bildet for å vekke litt nysgjerrighet hos leseren. Vi vil ikke legge skjul på at vi gjennom våre annonser ønsker å få oppmerksomhet og få frem et budskap som blir husket.

At vi spiller på hardere ereksjoner, er helt naturlig, ettersom mangel på sådanne er hovedproblemet for denne pasientgruppen. I flere studier er det vist at pasienter som behandles med Viagra, får hardere ereksjoner og dermed blir i stand til å gjennomføre et samleie (2, 3).

Jon Tunold

Pfizer AS

Litteratur

1. Padma-Nathan H, Stecher VJ, Sweeney M et al. Minimal time to successful intercourse after sildenafil citrate: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Urology* 2003; 62: 400–3.
2. Wetterauer U, Grohmann W, Albrecht S et al. Patient satisfaction with Viagra (sildenafil citrate) for erectile dysfunction (ED) after switching from other treatment options. *J Sex Med* 2005; 2 (suppl 1): 64–5.
3. Gingell C, Sultana SR, Wulff MB et al. Duration of action of sildenafil citrate in men with erectile dysfunction. *J Sex Med* 2004; 1: 179–84.

H. Kjelshus svarer:

Jeg kan bare beklage at kurset forefaller useriøst gjennom den annonsen som stod i Tidsskriftet nr. 16, nr. 19 og nr. 20/2006. Det har aldri vært intensjonen ikke å ha et seriøst kurs, og jeg håper at det ikke er interessenter som avstår fra å melde seg på kurset ut fra den feilaktige vinkling som annonsen synes å ha fått gjennom den uheldige fokusering på muligheten for jakt. Kurset er selvsagt det viktigste, og fotosafari, jakt eller andre sosiale aktiviteter skal naturligvis foregå utenom kurstiden.

Helge Kjelshus

kursarrangør

Se redaktørens leder på side 3081