



## Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes [tidsskriftet@legeföreningen.no](mailto: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-