

relaterte sykdommer og skader. Rapporten tar utgangspunkt antall tilfeller i sykehus, ikke antall tilfeller i befolkningen. I den konteksten var metodeproblemer knyttet til folkehelseproblemer mindre relevante. Dette kunne vært presisert enda tydeligere.

Kan tallene benyttes til å si noe om økningen i antall personer som legges inn i sykehus? Sønbo Kristiansen hevder at det ikke kan kontrolleres for reinnleggelser. Innenfor hver enkelt institusjoner per år er imidlertid dette mulig. Den sterkeste veksten i antall sykehusopphold knyttet til alkoholisk leversykdom kom i perioden 2001–03. Pasientdata fra Norsk pasientregister viser at fra 2001 til 2003 økte antall sykehusopphold med 54 % og antall behandlede pasienter med 50 %. Gjennomsnittlig liggetid ble redusert fra 9,1 døgn i 2001 til 8,3 døgn i 2003 – noe som følger den samlede liggetidstrenden. Hvis det på tross at disse fakta ikke er noen reell økning i antall pasienter som legges inn pga. alkoholisk leversykdom, må det knyttes til to forhold: Enten må denne pasientgruppen være særlig utsatt for overføringer mellom sykehus – uten at liggetiden for hvert opphold reduseres. Eller så har tilbøyeligheten til å legge denne pasientgruppen inn i sykehus økt sterkt. Det må vurderes om dette representerer relevante forklaringsfaktorer.

Til det andre poenget: Det reises spørsmål om vekst i ICD-10-diagnosen K70 skyldes lønnsomhetsvurderinger. Gjennomsnittlig liggetid for disse pasientene er i overkant av åtte døgn, og DRG-vekten er rundt 1,5. Gjennomsnittlig liggetid for sykehusopphold med DRG-vekt 1,0 er 5,3 døgn. Det er dermed lite som tyder på innjeningspotensial. I tillegg er det snakk om svært få pasienter; på landsbasis utgjorde denne gruppen 851 sykehusopphold i 2004.

Til det tredje poenget: SINTEF har også i dette tilfellet kvalitetssikret sitt arbeid. Diagnoseutvalget er gjennomgått i samarbeid med fagmiljøene og sammenholdt med liknende internasjonale studier. Dette fremgår av rapporten. Kostnadsberegningen er standardisert og knyttet til DRG. Kostnadene som beregnes er i tråd med internasjonale studier på området (1).

Marit Pedersen
SINTEF Helse

Litteratur

1. Cabinet's office. Strategy unit. Alcohol misuse: how much does it cost? September 2003. [http://number10.gov.uk/files/pdf/econ/pdf\(17.1.2006\).](http://number10.gov.uk/files/pdf/econ/pdf(17.1.2006).)

Er en pasient per definisjon ressurs svak?

For en del år siden uttalte dekanus ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, til avisen Universitas at studentene trengte opplæring i hvordan de skulle «håndtere»

velinformerte pasienter. Det var visst en ny situasjon at pasienter selv fant informasjon om sykdom og behandling. Etter mitt syn burde dette være en ressurs og et viktig supplement til den enkelte leges kunnskaper. At pasienten er velinformert, er selve forutsetningen for pasientens reelle valg og informerte samtykke til behandlingen.

Da jeg for noen få år siden fikk en sykdom, ble jeg verken informert om mulige alvorlige bivirkninger av behandlingen spesialisten foreslo, eller om noe alternativ. Tilfeldigheter, kombinert med at jeg søkte informasjon flere steder, gjorde at jeg valgte en annen behandling enn den legen ønsket. Det medikamentet jeg da måtte ta, kan riktignok også føre til alvorlige bivirkninger, men fremstod likevel som et mindre onde for meg enn den behandlingen legen ønsket. Når det er jeg selv som må leve med konsekvensene, må valget være mitt eget. Min fastlege var også uenig med meg i mitt valg og prøvde å overtale meg med argumentet om at jeg ikke var i stand til å forholde meg til informasjon jeg fant på Internett og i faglitteraturen. Da jeg fortalte at jeg har faglig bakgrunn som fag- og forskningsbibliotekar, holdt hun opp.

Sigrun Tømmerås
0276 Oslo

Undervisning i medisinsk nomenklatur

I Tidsskriftet nr. 24/2005 skriver Haakon Lindekleiv om norske legers forståelse av medisinerlatin (1). Vi verdsetter selvsagt at temaet tas opp, og i særdeleshet at det finnes studenter som faktisk ser behovet for en rimelig grad av opplæring i korrekt bruk av fagterminologi. I avsnittet om undervisningen i medisinsk nomenklatur har det imidlertid sneket seg inn en feil. Det angis at undervisningen ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, begrenser seg til et utdelt kompendium. Dette stemmer ikke. Under tegnede har i flere år forelest fire dobbelttimer i faget. Undervisningen gis i 3. semester og er frivillig. Det er ikke eksamen i faget. I undervisningen gjennomgår vi substantiv og adjektiv i entall og flertall, nominativ og genitiv. Vi gjennomgår også preposisjoner, forstavelser, endelser og en del orddannelseslære, og illustrerer med eksempler fra anatomi og klinikk.

Det er riktig at latinundervisningen ble redusert til et absolutt minimum i forbindelse med overgang til ny studieplan (Oslo 96), men etter forespørsel fra studentene fant fakultetet det rimelig å komme med et litt utvidet tilbud. Ettersom det ved vårt fakultet allerede befant seg to personer som hadde erfaring med slik undervisning, hvorav den ene til og med hadde utgitt lærebok i faget (2), var veien kort fra studentene

nes ønske til et undervisningstilbud. At undervisningen gis av to rettsmedisinere, er en tilfeldighet (tror vi).

Sidsel Rogde
Kari Ormstad

Rettsmedisinsk institutt
Fakultetsdivisjon Rikshospitalet
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Lindekleiv H. Norske legers forståelse av medisinerlatin. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3437–9.
2. Ormstad K. Medisinsk nomenklaturlære. Oslo: Universitetsforlaget, 1970.

Får barn farlige narkosemidler?

Dag Bratlid retter i Tidsskriftet nr. 23/2005 søkelyset mot et viktig tema, nemlig ufullstendige data bak valg og dosering av legemidler til barn (1). Han hevder her at propofol hos barn gir «økt mortalitet som anestesimiddel brukt sammen med fentanyl». Denne påstanden fikk bred dekning i dagspressen, der vi kunne lese: «Bratlid trekker spesielt fram anestesimidler, som i liten grad er testet ut på barn: På verdensbasis er det her man i størst utstrekning har sett uventede bivirkninger, også dødsfall, når de anvendes på barn» (2).

Propofol som anestesimiddel ved kirurgi hos barn anses som meget godt dokumentert og ukontroversielt. Det er et av de mest benyttede anestesimidler i den vestlige verden, godkjent og registrert til slik bruk. Vi er derfor forundret over at Bratlid trekker frem anestesibruk av propofol som eneste eksempel på et legemiddel med risiko for økt dødelighet hos barn (1). Bratlids kilde synes å være FDAs nettsider (3), der det kort refereres til rapporter om dødsfall når propofol brukes som sovemiddel under intensivbehandling av barn. Bakgrunnen for FDA er en upublisert studie og et brev fra produsenten, AstraZeneca, der de advarer mot propofol som sedasjon til denne pasientgruppen (4). Fra senere korrespondanse fremgår det at det i studien var en ikke-signifikant tendens mot høyere 28-dagersmortalitet ved bruk av høye doser propofol over lang tid hos kritisk syke barn (5). Også på bakgrunn av enkeltstående kasuistikker er det rapportert mulig mortalitet ved slik høydosert langtidsbruk hos svært syke. FDAs nettside nevner som et helt annet punkt at kombinasjon av propofol og fentanyl kan gi alvorlig bradykardi (3). Dette er ikke oppsiktsvekkende; nesten alle varianter av moderne generell anestesi gir bradykardi ved høy dosering.

Vi kan ikke forstå annet enn at Bratlid slår sammen to forskjellige fenomener og i tillegg generaliserer ut fra feilaktig, langvarig intensivbruk av propofol. Hvilket grunnlag har han for dette? Oss bekjent har