

særskilt annleis enn det ho er i dag, der mange eldre kjem inn med ei liste over reseptane sine der personnummer, namn og alle legemiddel er påført.

Innan ein finn ein god måte å løyse utfordringane med e-reseptar på, er det viktig at pasientar (og professorar i informatikk) har tillit til alt helsepersonell, også apotektilsette, gjer det dei kan for å ivareta både personvern og pasienttryggleik i systemet vi har i dag.

#### Lillian Mo Andreassen

*lillian.andreassen@isf.uib.no*

#### Lone Holst

**Reidun L.S. Kjome**

**Kristine Heitmann**

Lillian Mo Andreassen (f. 1985) er msc.pharm. og stipendiat ved Forskningsgruppe for samfunnsfarmasi, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitet i Bergen. Ho har tidlegare arbeidd i full stilling i apotek, og arbeider framleis deltid i apotek ved sida av doktorgradsarbeidet. Ingen oppgjevne interessekonflikter.

Lone Holst (f. 1963) er cand.pharm., ph.d. og førsteamanuensis ved Forskningsgruppe for samfunnsfarmasi, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen. Ho har tidlegare arbeidd ti år i sjukehusapotek.

Ingen oppgjevne interessekonflikter.

Reidun Lisbet Skeide Kjome (f. 1977) er cand.pharm., ph.d. og postdoktor ved Forskningsgruppe for samfunnsfarmasi, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

Ingen oppgjevne interessekonflikter.

Kristine Heitmann (f. 1982) er msc.pharm. og stipendiat ved Forskningsgruppe for samfunnsfarmasi, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen. Ho har tidlegare arbeidd i full stilling i apotek.

Ingen oppgjevne interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Olsen KA. Svekket personvern med e-resept. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2363.

*Publisert som rask respons på nett 12.11. 2012*

## Elektroniske resepter og samhandling

Ordningen med elektroniske resepter (e-resepter) innføres nå i Norge og skal være i bruk i hele landet i 2013. Hver dag ekspederes ca. 100 000 resepter fra norske apotek. Nye systemer vil alltid kreve tilvenning og omstilling hos brukerne, i dette tilfellet leger, apotek og kunder/pasienter.

Allerede i 2007 uttalte Legeforeningen at innføring av elektroniske resepter ville kunne støtte opp under kvalitet og effektivitet i reseptbehandlingen (1). Det er sørgelig at Kai A. Olsen i sitt innlegg i Tidsskriftet nr. 21/2012 reiser tvil om det apotekfaglige personelllets håndtering av e-resepter og taushetsplikten knyttet til dette og slik viser at han ikke har tillit til dem (2).

Elektroniske resepter har mange fordeler, spesielt med tanke på å sikre rasjonell legemiddelbruk for den enkelte og for samfunnet generelt. Enhver som er autorisert helsepersonell skal bidra til sikkerhet for pasientene og kvalitet i helsetjenesten, inkludert det å bygge opp tillitsforhold mellom helsepersonellet og brukerne av helsetjenesten (3).

Olsen mistenkeliggjør helsepersonellet i apotek og hevder deres resepthåndtering vil kunne føre til at opplysninger om folks helse og legemiddelbruk siver ut (2). Men helsepersonell i apotek har taushetsplikt! Ved innføring av e-resept vil samtlige apotek være

tilknyttet helsenettet, noe som vil føre til nye samhandlingsmetoder mellom rekvirent og kunde. Her ligger det selvfølgelig utfordringer i det å ivareta gjeldende krav til personvern- og informasjonssikkerhet samt å samarbeide og ha tillit til hverandre – til pasientenes beste. Helsepersonell bevisstgjøres i stor grad på å ivareta sine plikter på dette området – det er utarbeidet en norm for informasjonssikkerhet (Normen) og en veileder for apotekene (4).

Et åpent system av e-resepter vil gjøre at apotekfarmasøyene kan bidra til sikrere legemiddelbruk. Ved å få en fullstendig oversikt over pasientens legemiddelbruk kan farmasøyten oppdage uheldige interaksjoner. For å sikre optimal behandling er kommunikasjon og samhandling mellom leger og farmasøyter en forutsetning (5–7).

Vår oppgave i Helse-Norge er å sikre riktig og forsvarlig legemiddelbruk til beste for pasientene i et samarbeid mellom pasienter og leger og farmasøyter – et viktig skritt i retning av fremtidens helsetjenester: Trygghet for alle.

#### Grethe Sørgaard

*grethe.sorgaard@hioa.no*

#### Cecilie Johannessen Landmark

Grethe Sørgaard er høyskolelektor ved Institutt for farmasi og bioteknologi, Fakultet for helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Cecilie Johannessen Landmark er dr.scient. og førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Heilemann A. Elektronisk reseptforsendelse gir utfordringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2862.
2. Olsen KA. Svekket personvern med e-resept. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2363.
3. Grimsmo A. Elektronisk resept – uten bivirkninger? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1740–3.
4. Helsedirektoratet. Personvern og informasjonssikkerhet for apotek – en veileder. Versjon 1. Oslo: Helsedirektoratet, 2012. [www.normen.no](http://www.normen.no) (16.11.2012).
5. Lagerløv P, Nordeng H. Samhandling mellom fastlege og apotek. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1844.
6. Mandt I, Horn AM, Granås AG. Samhandling mellom allmennleger og apotek ved korreksjon av resepter. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1846–9.
7. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. [www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-/14.html?id=567347](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-/14.html?id=567347) (16.11.2012).

*Publisert som rask respons på nett 16.11. 2012.*

#### K.A. Olsen svarer:

Jeg har ikke påstått at apotekansatte er «uærlige snokere som ikke vet å skjønne jobben sin rett». Mitt poeng er at det er risikofylt å gi 7 000 nye personer adgang til sentrale helseopplysninger. Nå har selvfølgelig apotekansatte taushetsplikt, men vi kan ikke løse personvernproblemer med å gi alle adgang så sant de underskriver en erklæring om taushetsplikt. Skal helseopplysninger virkelig være konfidensielle, må tilgangen begrenses til et minimum av personer.

Vi har allerede eksempler på leger og annet helsepersonell som «snoker» i arkivene. Mange blir tatt av elektroniske overvånings-systemer som plukker ut mistenkelige oppslag, for eksempel fra en lege som ikke er tilknyttet pasienten. Men som jeg har påpekt, vil det kunne være mange feilkilder i kommunikasjonen mellom kunde og apotekansatt. Dette vil medføre at det ikke vil være like lett å oppdage misbruk av tilgang her som andre steder.

Selv ønsker jeg ikke å tilby mine helseopplysninger til nye grupper. Derfor vil jeg velge å bruke låst resept. Den kan, som jeg sier, i sin enkleste form være identifisert med en kode på mobilen.

>>>

Men de pasienter som ønsker det, må gjerne kunne få en papirresept som i dag, gjerne med kode i tillegg. Istedenfor å se alle resepter vil den apotekansatte kun se den resepten som skal effektueres nå.

Det argumenteres for at det er en fordel at apoteket får se hele listen, slik at farmasøytene lettere kan oppdage uheldige kombinasjoner. Men denne kontrollen kan gjøres bedre av de legene som skriver ut preparatene. Jeg har selvfølgelig ingenting imot at min lege får se hele reseptlisten når han skal skrive ut et preparat. Da ivaretas alle personvern hensyn samtidig som man skulle tro at kontrollen blir bedre. Farmasøytene, som jo ikke kjenner pasienten, vil jo uansett bare kunne identifisere uheldige formelle kombinasjoner, og det kan vi jo la datamaskinen ta seg av.

**Kai A. Olsen**

*kai.a.olsen@himolde.no*

Kai A. Olsen er professor i informatikk, Høgskolen i Molde og Universitetet i Bergen.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

## Usikkert om unødvendige innleggelser



I Tidsskriftet nr. 21/2012 (1) omtales Børge Lillebo og medarbeideres studie om innleggelser som kunne vært unngått (2). Den er politisk svært aktuell, siden Helse- og omsorgsdepartementet som ledd i samhandlingsreformen har påbudt kommunene å tilby akutte døgnopphold (3). Ordningen synes faglig svakt fundert (4, 5).

Studerer man Lillebo og medarbeideres originalpublikasjon (2), fremkommer en del forhold som gjør fortolkningen usikker.

For det første ble studiens registrerings skjema bare utfylt ved 37 % av pasientkontaktene i registreringsperioden. Siden det klart fremgikk av skjemaet at formålet var å registrere innleggelser som kunne vært unngått, er det nokså sannsynlig at det er oppstått en skjevhet ved at legevaktlegene har husket på skjemaet akkurat i de tilfellene der han eller hun mente innleggelsen kunne vært unngått – og at de var mer tilbøyelig til å glemme det ellers. Denne systematiske feilkilden er så stor at resultatene som presenteres, trolig ikke er gyldige.

For det andre sto to av de 18 legevaktlegene som leverte registreringer for hele 48 % av registreringene. Disse to vurderte en mye høyere andel av innleggelsene som unngåelige (hhv. 33 % og 25 %), sammenliknet med resten av legevaktlegene (14 %). To leger med mye legevaktarbeid og et generelt negativt syn på nytten av innleggelse påvirker altså resultatet i betydelig grad.

For det tredje kunne forfatterne ha undersøkt hva som viste seg å feile de pasientene som ble antatt ikke å ha nytte av sykehusoppholdet. Det ville vært enkelt, all den stund de jo faktisk ble innlagt. Dette har forfatterne ikke gjort, og i originalpublikasjonen (2) fremhever de det som et fortrinn sammenliknet med studier der man i ettertid har vurdert om innleggelsene faktisk var unødvendige. Dette vitner om en nokså forbløffende grad av freidighet. Det er tidligere vist at forsøk på å sortere ut unødvendige innleggelser på grunnlag av den kunnskapen man har på innleggelsestidspunktet er vanskelig og lett vil føre til betydelig helsetap for pasientene (6).

Lillebo og medarbeideres arbeid er svært politisk korrekt og vil trolig bli omfavnet av representanter for Helse- og omsorgsdepartementet. Men god vitenskap er det ikke.

**Torgeir Bruun Wyller**

*t.b.wyller@medisin.uio.no*

Torgeir Bruun Wyller (f. 1960) er overlege ved Geriatrik avdeling, Oslo universitetssykehus og professor I ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

### Litteratur

1. Lillebø B. Kan antall innleggelser reduseres? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2375.
2. Lillebø B, Dyrstad B, Grimsmo A. Avoidable emergency admissions? Emerg Med J 2012. E-publiseret 14.9.
3. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp-døgnopphold. Veiledningsmaterieell. Oslo: Helsedirektoratet, 2012. [www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmaterieell/Sider/default.aspx](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmaterieell/Sider/default.aspx) [3.12.2012].
4. Wyller TB. For mange eller for få innleggelser? Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1702.
5. Wyller TB. Akutte sykehjem – fare for misbruk? Dagens Medisins blogg 20.11.2012. [www.dagensmedisin.no/blogg/torgeir-bruun-wyller/akutte-sykehjem--fare-for-misbruk/](http://www.dagensmedisin.no/blogg/torgeir-bruun-wyller/akutte-sykehjem--fare-for-misbruk/) [3.12.2012].
6. Eriksen BO, Førde OH, Kristiansen IS et al. Cost savings and health losses from reducing inappropriate admissions to a department of internal medicine. Int J Technol Assess Health Care 2000; 16: 1147–57.

Publisert som rask respons på nett 3.12. 2012

## Det forskes for lite!

I Tidsskriftet nr. 21/2012 hevder Dag Bratlid & Thor Willy Ruud Hansen at det brukes for mye ressurser på doktorgrader og at nytteeffekten for samfunnet er for liten til at ordningen kan opprettholdes (1). Jeg vil i det følgende tillate meg å komme med en motmelding:

Det er faktisk lovpålagt for medisinske fakulteter og store sykehus å drive forskning. Den viktigste årsaken til at antall avhandlinger årlig nå er oppe i 396 er omleggingen som ble gjort for noen år siden. Obligatoriske kurs inngår nå som en del av graden, og de kvalitative og kvantitative krav til forskningen er blitt redusert. Intensjonen ved omleggingen var å få spredt forskningskompetansen til flere miljøer.

De fleste begynner på graden i eller rett etter studiet, de færreste med økt status som mål. Til det er statusøkningen for liten, arbeidet for hardt og lønnen under forskningsperioden og lønnsbonusen etter endt disputas altfor lav. Langt de fleste begynner med et ønske om fordypning i et bestemt problem eller fordi de gjerne vil bli bedre skikket til å møte nye utfordringer fremover.

Selvfølgelig skal ikke alle som har tatt doktorgraden forske videre. Et flertall av mine doktorander med klinisk bakgrunn har hatt som målsetting å gå tilbake til klinikken. I min naivitet har jeg trodd på verdien av å ha klinikere med forskningserfaring, kritisk sans og kunnskaper slik at de både skal kunne initiere forskning og etterpå implementere nye behandlingsmetoder i klinikken.

De to professorene påpeker at det er sløseri å utdanne 400 bakere om man bare trenger 40. Uten å elte den deigen for mye vil jeg påpeke at det ikke er gitt hvem som er den gode bakeren – og langt vanskeligere er det å vite hvem som er den beste konditoren. Fremtidens medisin blir mer og mer høyspesialisert, og for å være med i denne utviklingen trengs det leger med stor kompetanse. Leger som kan og vil lese forskningsartikler. Den nordiske modellen med leger som både er cand.med. og ph.d. er en styrke som andre misunner oss. Jeg er meget usikker på om fordypning og selvstudier er en farbar erstatning. Selvfølgelig kan vi satse på import, slik vi nå gjør med bakervarer, men da må vi spørre oss om det er det vi vil.

I Norge er både de offentlige og de private bidrag til forskningen langt mindre enn i de landene vi vanligvis sammenlikner oss med. Til tross for det greier våre fakulteter å få frem så mange kandidater. Det forskes ikke for mye innen norsk medisin – heller for lite.

>>>