

Sabine Ruths (f. 1958) er allmennpraktiserende lege ved Os legesenter og professor ved Universitetet i Bergen og Uni Research Helse. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Finckenhagen M, Hortemo S, Madsen S. Legemiddelgjennomgang-viktig tiltak for bedre behandling. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1454–5.
2. Gallagher P, Ryan C, Byrne S et al. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. Int J Clin Pharmacol Ther 2008; 46: 72–83.
3. Sjekklister for legemiddelgjennomgang. Statens legemiddelverk. www.legemiddelverket.no/Bruk_og_raad/Raad_til_helsepersonell/Legemiddelgjennomgang/Sider/default.aspx (11.11.2014).
4. Mills EJ, Wu P, Chong G et al. Efficacy and safety of statin treatment for cardiovascular disease: a network meta-analysis of 170,255 patients from 76 randomized trials. QJM 2011; 104: 109–24.
5. Bakken MS, Engeland A, Engesæter LB et al. Risk of hip fracture among older people using anxiolytic and hypnotic drugs: a nationwide prospective cohort study. Eur J Clin Pharmacol 2014; 70: 873–80.
6. Aung K, Htay T. Thiazide diuretics and the risk of hip fracture. Cochrane Database Syst Rev 2011; nr. 10: CD005185.
7. Nasjonal faglig retningslinje for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer. Helsedirektoratet 2009. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-individuell-primærforebygging-av-hjerte-og-karsykdommer/Sider/default.aspx> (11.11.2014).

S. Madsen og medarbeidere svarer:

Vi setter pris på Meland & Ruths' kommentar til vår artikkel «Legemiddelgjennomgang – viktig tiltak for bedre behandling» (1), et tema som fortjener stor oppmerksomhet. Derimot er vi forundret over at de oppfatter «Sjekklister for legemiddelgjennomgang» som oppfordring til «en teknisk Quick-fix» som bidrar til en «enøyd øvelse» med tvilsom nytteverdi.

Fastlegen representerer personlig forpliktelse og kontinuitet i helsevesenet. Vi tror ikke at legemiddelgjennomgang vil føre til at fastlegene mister sine pasientsentrerte holdninger og arbeidsmetoder, snarere tvert i mot. Forskning viser at fastlegene har problemer med å etterleve nasjonale, kunnskapsbaserte retningslinjer (2). Forskning som ikke brukes i praksis, er i realiteten «død kunnskap». Bruk av sjekklister har vist seg svært effektivt i mange sammenhenger, også i helsevesenet (3). Erfaringer fra Pasientsikkerhetsprogrammet viser at eksisterende veiledere i legemiddelgjennomgang (4, 5) er vanskelige å bruke i praksis, og det er utviklet lokale sjekklister for å bøte på dette. Problemet med START/STOPP kriteriene (6) og NorGeP kriteriene (7) er at de ikke har vært revidert på lenge. Interaksjoner er for eksempel integrert i fastlegenes journalsystemer og derfor overflødig (8).

Meland & Ruths' kommentarer til eksempelet vårt viser at det ofte ikke finnes noen entydig fasit. Det er mange ganger rom for tverrfaglige vurderinger som kan involvere farmasøyt og sykepleier. I sjekklisten har vi lagt særlig vekt på at det skal tas hensyn til pasientens tilstand, livssituasjon og personlige ønsker.

Sjekklisten er ment å være en døråpner til legemiddelgjennomgang for studenter, turnusleger, fastleger og sykehjemsleger. Travle sykehusleger vil også kunne ha nytte av sjekklisten. Leger som ønsker mer kunnskap kan fordype seg i spennende faglitteratur og forskning.

Mottakelsen av listen har vært overveldende. På tre måneder har vi delt ut over 5000 eksemplarer. Etterspørselen etter kurs og foredrag er større enn vi kan overkomme. Vi har fått henvendelser fra akademiske fagmiljøer som vurderer å bruke sjekklisten i forskning. Slik vi ser det har legemiddelgjennomgang gjennom sjekklisten og den nye taksten fått et lenge etterlengtet løft i Norge – til beste for pasientene våre.

Steinar Madsen

steinar.madsen@legemiddelverket.no

Morten Finckenhagen

Sigurd Hortemo

Steinar Madsen (f. 1956) er spesialist i indremedisin og hjertesykdommer og medisinsk fagdirektør ved Statens legemiddelverk. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Morten Finckenhagen (f. 1955) er spesialist i allmennmedisin, overlege ved Statens legemiddelverk og praksiskonsulent ved Bærum sykehus. Han har vært prosjektleder ved utarbeidingen av sjekklisten. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Sigurd Hortemo (f. 1954) er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin, overlege ved Statens legemiddelverk og er fastlege. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Finckenhagen M, Hortemo S, Madsen S. Legemiddelgjennomgang-viktig tiltak for bedre behandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2014; 134: 1454–5.
2. Austad B. Nasjonale retningslinjer i allmennpraksis – for mye av det gode? Utposten 2014; 43(2): 20–21. www.utposten-stiftelsen.no/Portals/14/2014Utposten/UP2_14/20_21_nasj%20retningslinjer_UP_2_14w.pdf (29.11.2014).
3. Haugen AS, Søfteland E, Almeland SK et al. Effect of the World Health Organization checklist on patient outcomes A stepped wedge cluster randomized controlled trial. Ann Surg 2014; 00: 1–84.
4. Helsedirektoratet. Veileder om legemiddelgjennomganger. www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-om-legemiddelgjennomganger/Sider/default.aspx (29.11.2014).
5. Norsk legemiddelhandbok. G24 Legemiddelgjennomgang (LMG). <http://legemiddelhandboka.no/Generelle/311096> (29.11.2014).
6. Nasjonal pasientsikkerhetskampanje. START- og STOPP-kriteriene www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/l+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/_attachment/929?_ts=13640005354 (29.11.2014).
7. Universitetet i Oslo. «The Norwegian General Practice (NorGeP) criteria...» www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/legemidler-eldre-ktv/norgep_kriterieliste_norsk.pdf (29.11.2014).
8. Interaksjoner.no. Interaksjonsdatabase for norske klinikere. www.interaksjoner.no (29.11.2014).

Re: Å lytte til pasientens preferanser

Jeg leste artikkelen til Gjelsvik med stor interesse (1). Leger har mye å hente på å samtale og samhandle med pasienten. Legen og pasienten ser sykdommen, eller diagnosen, på ulike måter. Gjensidig tillit er basert på at legen ser pasienten som likeverdig samtalepartner og medmenneske. Å anerkjenne pasientens totale symptomtrykk, for så å samtale om adekvat behandling, er også en form for sosial omgang hvor det er spilleregler for den profesjonelle/formelle og medmenneskelige kommunikasjonen.

Å omtale pasienten i tredje person og «håndtere» denne som om pasienten var uten kunnskap, intellektuell kapital og fornuftige meninger om egen helse, mener jeg er uforstand i tjenesten. I noen situasjoner kan omtalen av pasienter oppleves som krenkende og ekskluderende. Jeg har opplevd leger som tar viktige avgjørelser rundt behandling og overhører pasienten og dennes pårørende på en arrogant måte. Mange leger trenger en skikkelig voksenopplæring for å lære seg å kommunisere med pasientene slik at de får adekvat helsehjelp, og ikke må vente lenge og gå til kvalitetsavdelingen for å bli hørt.

Dette mener jeg gjelder spesielt innenfor psykisk helsevern, hvor jeg synes leger og overleger opptrer som personer som ikke vil samtale eller samhandle med pasienten, og gjør avgjørende veivalg for pasientenes behandlingsprosess, helse og livskvalitet uten å ta hensyn til pasientens reelle behov. De samme legene lar seg ikke «affisere» av alvorlige bekymringsmeldinger fra pasientens pårørende. Leger har mye å gå på når det gjelder å lære seg å kommunisere og følge spilleregler for god, profesjonell kommunikasjon, på samme måte som det stilles krav til andre profesjoner i den virkelige verden utenfor helsesektoren. Lykke til!

Emma Hansen

emmahansen1963@gmail.com

Emma Hansen (f. 1963) er pasient og blogger.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Gjelsvik B. Å lytte til pasientens preferanser. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1924.

>>>