

Gi respons på artikler gjennom artiklenes kommentarfelt på *tidsskriftet.no*.  
 Innleggene publiseres fortløpende på Tidsskriftets nettside og et utvalg  
 av innleggene publiseres også i papirutgaven i spalten «Brev til redaktøren».  
 Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.  
 Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvarende rett, jf. Vancouver-gruppens regler.



## Stigmatiserende legemiddelannonse

I Tidsskriftet nr. 23–24/2014 har Galderma Nordic AB ein annonse for eit middel mot akne. Bildet som følgjer reklamen, er av ein ung mann. Det er todelt – på den eine sida har han bustete hår, akne og ei jakke full av pins og sikringsnåler, på den andre har han kjemma hår, er fri for akne og ber ein streit genser.

Kva prøver dei å fortelje oss med denne dikotomien? Har akne samanheng med livsstil, klesstil og kjemma hår? Dei gjev inntrykk av at for å nå målet om eit aknefritt liv, må ein endre livsstil, vere streit og kle seg «sømeleg». Under ligg meldinga om at gutar med akne kan skulde seg sjølv. I tillegg er det eit veldig normativt budskap om kva ein reknar for «rett» livsstil. Mannen til venstre gjev inntrykk av å vere meir rebelsk i høve til gjeldande normer enn han til høgre. Han er kanskje ikkje like sporty og skuleflink, viss vi bygger vidare på dei stereotypiane reklamen spelar på.

I bunn og grunn er dette ein misvisande og stereotyp reklame, og i tillegg synest eg han er stigmatiserende når det kjem til folks val av livsstil. For Galderma er det på tide å endre taktikk dersom dei vil nå alle.

### Mette Løkeland

lokeland@gmail.com

Mette Løkeland er gynekolog og nettredaktør for Norsk Gynekologisk forening.

## Galderma svarer:

Tack för Mette Løkeland's kommentar så att vi får möjlighet att förklara tanken med bilden i reklamen. Vi vill med bilden förmedla en historia. När man är ung finns bara «här och nu» och inget «sen». Många går till läkaren för sina aknebesvär och vill ha hjälp och behandling – gärna något som hjälper redan igår... Det ska den vänstra delen av bilden visa.

Det är svårt, men viktigt, för behandlande läkare att lyfta fram vikten av ordentlig och kontinuerlig behandling av akne för att inte bara hjälpa problemen som finns just nu utan även för att motverka framtida akne och förebygga ärrbildning. Den högra delen av bilden ska symbolisera ca 10 år senare i personens liv då situationen kanske är en helt annan – man ska söka jobb, studera etc.

Kontentan är: Ungdomar vill ha snabba resultat – Läkare vill ge en behandling som även hjälper över tid (för ungdomarnas bästa). Vi tar till oss att detta inte har framgått tydligt.

### Charlotta Lind

charlotta.lind@galderma.com

Charlotta Lind er Marketing Manager Prescription i Galderma Nordic. Interessekonflikter: Lind er ansatt i Galderma Nordic.

## Re: Paternalisme på fremmarsj?

Aslak Syse har i sin leder i Tidsskriftet nr. 1/2015 knyttet noen kommentarer til at det i Tidsskriftet er «publisert tre bidrag der det er problematisert at det ikke kan anvendes tvang i flere situasjoner enn dagens regelverk åpner for» (1). Det vises her blant annet til vår artikkel om en sultestreikende asylsøker (2).

Vi stiller oss undrende til denne fortolkningen av artiklene. Særlig hva angår vår artikkel bør det presiseres at vi verken eksplisitt eller implisitt har søkt å gi uttrykk for at det bør kunne anvendes tvang i flere situasjoner. Vi kan vanskelig se hvordan en slik oppfatning eller holdning kan leses ut fra artikkelen, men om dette oppfattes å være budskapet vil vi få klargjøre at artikkelens budskap ikke er at det bør brukes mer tvang. Vi ser heller ingen andre klare holdningspunkter for en paternalistisk utvikling i medisinen, men sitter tvert i mot med inntrykk av at den debatten som er reist er et uttrykk for en stadig større forståelse av pasientens bestemmelsesrett.

For å rydde til side denne misforståelsen kan vi kort bemerke at artikkelen blant annet søkte å illustrere hvor problematisk og lite konsekvent regelverket synes å være. I denne anledning pekte vi på at selve dødsmåten ville være avgjørende for om leger har hjelpeplikt eller ikke etter helsepersonellovens § 7 og pasient- og brukerrettighetslovens § 4-9. Syse ser ut til å mene at regelverket faktisk er godt, og tilbakeviser vår innvending som en «konsekvensfelle» ved å henvise til vårt skisserte eksempel hvor «...den som i affekt tenner på seg selv, kan være psykisk ustabil...». I vår artikkel er det imidlertid ikke snakk om handling i affekt av mulig psykisk ustabile personer. Tvert i mot fremgår det at den eksemplifiserte handlingen forutsettes gjennomført under tilsvarende forutsetninger med samme «alvorlige overbevisning». Om man bygger på denne forutsetningen, og for klargjøring kan da eksempelvis den åpenbart samtykkekompetente pasienten over mange måneder ha planlagt, varslet og forberedt selvantenningen, vil vår innvending likevel stå seg. Vi kan vanskelig se at dette reflekterer et godt formulert regelverk. Er Syse av den oppfatning at valg av dødsmåte virkelig er et godt kriterium for å avgrense hjelpeplikten?

### Jørgen Dahlberg

jorged@medisin.uio.no

Vegard Dahl

Jørgen Dahlberg (f.1974) er stipendiat ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo og lege i spesialisering ved anestesivdelingen på AHUS.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Vegard Dahl (f.1954) er spesialist i anesthesiologi, avdelingssjef ved Anestesi-klinikken, Akershus universitetssykehus og professor II ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

### Litteratur

1. Syse A. Paternalisme på fremmarsj? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 9.
2. Dahlberg J, Dahl V. Sultestreikende asylsøker – hvor langt går pasientens rett til å nekte behandling? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 45–7.

## A. Syse svarer:

Dahlberg & Dahl har kloke kommentarer til min leder. De synes imidlertid ikke helt å ha fått med seg at jeg fant deres artikkel både «spennende» og «utfordrende», og at de problematiserte «de etiske og rettslige dilemmaene helsepersonell kan komme opp i».

Det er utvilsomt slik at så vel Bahus & Førde (1) samt Frøland (2) ønsket utvidede tvangsmakter, mens jeg nettopp poengterte at Dahlberg & Dahl aksepterte gjeldende lovgivning, og like fullt stilte spørsmål ved klokskapen i den valgte reguleringsmåten. Jeg beklager derfor at mine formuleringer kunne tolkes slik at jeg tilla dem meninger de ikke ga uttrykk for. Dette har de nå presisert.

>>>

I helseretten er det gjennom de siste tiårene gitt stadig flere tvangshjemler, og jeg pekte innledningsvis i lederen på de mange lovene med slike hjemler. Jeg er derfor uenig i deres utsagn om at det ikke er holdepunkter for en økning av paternalistiske trekk i helselovgivningen. De fleste reglene som åpner for paternalistisk inngripen, er basert på balanserte avveininger.

Deres eksempel om at dødsrate har betydning for inngrepsplikt eller ikke, finner jeg uten interesse i denne sammenhengen. De synes å ønske en lovgivning som gir svar på alle mulige situasjoner i klinikken. Slik vil aldri helselovgivningen kunne bli. Det er godt mulig at avveiningen mellom inngrepsplikt etter helsepersonellovens § 7 og pasient- og brukerrettighetslovens § 4-9 kunne vært utformet bedre, men neppe mer konkret. Der gjenstår en uenighet.

De avslutter kommentaren med et retorisk spørsmål: «Er Syse av den oppfatning at valg av dødsrate virkelig er et godt kriterium for å avgrense hjelpeplikten?». Svaret er nei. For å komme til et slikt spørsmål har de tolket lederen mer vrangvillig enn jeg har tolket deres spennende og utfordrende artikkel om en sultestrikende asylsøker.

#### Aslak Syse

aslak.syse@jus.uio.no

Aslak Syse (f. 1946) er professor ved Juridisk fakultet, Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Bahus M, Førde R. Når pasienten nekter blodoverføring. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 850–1.
2. Frøland SS. Når tvang er nødvendig. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1342.

## Re: Mens vi venter på Høie

Fritt behandlingsvalg, som omtales i presidentens leder (1) i Tidsskriftet nr. 22/2014, gir pasientene mer makt og legene mindre makt på godt og vondt. Lovforslaget som nylig ble lagt frem av Høie (2), vil etter mitt syn føre til mest vondt, blant annet fordi penger kommer til å dreneres vekk fra vital medisinsk virksomhet til meningsløse og kostbare medisinske åtgjerder.

Hvis jeg får problemer tennene mine, vil jeg lytte til en ekspert, og får jeg problemer med bilen, vil jeg lytte til en ekspert. Men stortingspolitikene synes ikke at pasientene trenger å lytte til de menneskene som har tilegnet sitt liv til å bli leger. Det er meget alvorlig.

Dette lovforslaget kommer til å få meget store konsekvenser for alle leger, da man underminerer profesjonens autoritet for all framtid. Å underminere og minske autoriteten hos samfunnskritiske profesjoner som leger, lærere, dommere, politi med flere, leder selvfølgelig til at man overfører mer makt til motparten. Hvordan ville klasserommet se ut hvis studentene hadde all makt? Hvem vil bli lærer under slike vilkår? Hvordan vil det se ut på gaten hvis politiet fikk mindre makt?

Denne gangen må vi leger si i fra at det er vi som er medisinske eksperter, ikke pasientene eller stortingspolitikere!

#### Peter Olsson

petermgolsson@gmail.com

Peter Olsson (f. 1972) er fastlege.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Gjessing H. Mens vi venter på Høie. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 2219.
2. Krekling DV. Her legger Høie frem ett av Høyres største valglofter. Nrk.no www.nrk.no/nyheter/1.12168050 [23.1.2015]

## Re: Kjernejournalen som arbeidsverktøy?

I denne artikkelen i Tidsskriftet nr. 2/2015 beskriver Jon Haffner sin egen store journal som ustrukturert og uoversiktlig, og stiller spørsmål ved hvorvidt kjernejournal vil løse et slikt problem (1). Han refererer til vår artikkel «Kritisk informasjon i kjernejournal» i Tidsskriftet nr. 20/2014 (2).

Vi anerkjenner og deler Haffners oppfattelse av at store, uoversiktlige journaler er et problem i helsevesenet. Dette var et problem allerede på slutten av 60-tallet (3). Haffner har også rett i at kjernejournalen ikke er et arbeidsverktøy som kan bøte på dette problemet. Det var da heller ikke meningen ved etableringen av kjernejournal. Derimot er kjernejournal et supplement i de situasjonene hvor helsepersonell ikke har tilgang til nødvendig informasjon om pasienten, først og fremst når pasienten ikke har journal på det stedet han kommer til for å få behandling. Da vil kjernejournalen kunne vise «kjerneopplysninger» om pasienten, slik som utleverte legemidler, kontaktinformasjon til pårørende og kritisk informasjon (eksempelvis: allergier, alvorlige diagnoser og pågående behandling). Kjernejournalen er altså ikke et sammendrag av pasientjournalen, men utvalgte sentrale opplysninger som i all hovedsak innhentes automatisk fra andre registre (4).

Haffners virkelighetsbeskrivelse er, som han selv skriver, fanget opp og beskrevet i Stortingsmeldingen «En innbygger – én journal». Problemstillingen er også anerkjent internasjonalt (5, 6). Arbeidet med å utrede omfanget av «En innbygger – én journal» pågår nå i Helsedirektoratet. Vi vil ta med Haffners gode innspill videre i den utredningen.

#### Bent Asgeir Larsen

bentasgeir.larsen@helsedir.no

#### Eirik Nikolai Arnesen

Bent Asgeir Larsen (f. 1955) er spesialist i allmenntillegemedisin, fastlege på Karrestad legeklinikk og konsulent for kjernejournalprosjektet i Helsedirektoratet.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Eirik Nikolai Arnesen (f. 1974) er lege i spesialisering i samfunnsmedisin og seniorrådgiver i Seksjon arkitektur, Divisjon e-helse og IT, Helsedirektoratet.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Haffner J. Kjernejournalen som arbeidsverktøy? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 112.
2. Arnesen EN, Larsen BA. Kritisk informasjon i kjernejournal. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1927–8.
3. Weed LL. Medical records that guide and teach. N Engl J Med 1968; 278: 593–600.
4. Helsedirektoratet. Opplæring av helsepersonell. <http://helsedirektoratet.no/it-helse/kjernejournal/opplering-for-helsepersonell/Sider/default.aspx> [20.1.2015].
5. Cimino JJ. Improving the electronic health record—are clinicians getting what they wished for? JAMA 2013; 309: 991–2.
6. Kuhn T, Basch P, Barr M et al. Clinical Documentation in the 21st Century: Executive Summary of a Policy Position Paper From the American College of Physicians. Ann Intern Med 2015; Jan 13.

#### J. Haffner svarer:

Hensikten med min kommentarartikkel er ikke å kritisere kjernejournalen, hvis det er noen tvil om det. Jeg synes den er et vesentlig fremskritt. Hensikten er å få i gang en diskusjon om hvordan den medisinske journal kan forbedres som arbeidsverktøy. Jeg er glad for at Larsen & Arnesen svarer at Helsedirektoratet vil ta mine innspill med i den videre utredning.

På Legeforeningens Landsstyremøte i 2014 fremmet jeg et forslag som ble oversendt Sentralstyret med støtte fra Rolf Schøyen, leder i Eldre legers forening: