

toleranse, dyslipidemi). Brukt slik er tiazider nyttige for å forebygge hjerneslag og hjertesvikt m.m. hos pasienter med alvorlig hypertensjon, komplisert hypertensjon, isolert systolisk hypertensjon og eldre med hypertensjon, med unntak av pasienter med redusert nyrefunksjon (der man må velge furosemid). Lavdose tiazid i *monoterapi* har imidlertid liten blodtrykkssenkende effekt og forsinker igangsettelse av effektiv behandling (1). Alt dette er velkjent.

Myndighetene har imidlertid innført tvungen bruk av tiazider ved førstegangs forskrivning av blodtrykkssenkende behandling. Dette oppfordrer også til feil bruk av tiazider. Oslo-undersøkelsen fulgte menn i alderen 40–49 år i fem år randomisert til tiazidbasert behandling mot placebo. Hos disse pasientene med mild hypertensjon var ikke uventet de fleste hendelsene koronare. Etter fem år (2) var det en klar tendens i disfavør av tiazid (20 hendelser versus 13 hos placebo, død 6 versus 2). Etter 10 år (3) var koronarmortaliteten blitt statistisk høysignifikant i disfavør av tiazid (14 versus 3,  $p < 0,01$ ). Dette nevner ikke Landmark og Reikvam.

Dataene fra Oslo-undersøkelsen hadde ikke vært så bekymringsfulle hvis de var blitt motbevist i andre undersøkelser. Så er imidlertid ikke tilfelle. Den britiske gigantundersøkelsen MRC-1 viste liknende data for tiazider og koronarsykdom. For stumme hjerteinfarkt var det skremmende økning på tiazid versus placebo (4).

Basert på dette mener vi det er malpraksis å forskrive et tiazid i *monoterapi*, liten eller stor dose, til pasienter med mild og moderat hypertensjon, dvs. de typiske midaldrende hypertonicere med stor risiko for hjerteinfarkt. Slik behandling er faktisk dokumentert å øke risikoen, og det er vel ikke det vi ønsker?

**Arne Svilaas**  
Rikshospitalet

**Sverre E. Kjeldsen**  
**Kjell Midtbø**  
**Arne Westheim**

Ullevål universitetssykehus

**Jan Otto Syvertsen**  
Moss

#### Litteratur

1. Jounela AJ, Lilja M, Lumme J et al. Relation between low dose of hydrochlorothiazide, antihypertensive effect and adverse effects. *Blood Press* 1994; 3: 231–5.
2. Helgeland A. Treatment of mild hypertension: a five year controlled drug trial. *The Oslo Study*. *Am J Med* 1980; 69: 725–32.
3. Leren P, Helgeland A. Coronary heart disease and treatment of hypertension. Some Oslo Study data. *Am J Med* 1986; 80: 3–6.
4. Green KG. British MRC trial of treatment for mild hypertension – a more favorable interpretation. *Am J Hypertens* 1991; 4: 723–4.

## Forbedring av legemiddeldokumentasjon

I Tidsskriftet nr. 17/2004 publiserte Ståle Ritland og medarbeidere en undersøkelse ved Sykehuset Buskerud om hvorvidt brukerne av «kurver» dokumenterer forskrivning av legemidler i samsvar med retningslinjene for kurvføring (1). Undersøkelsen ble utført som ledd i sykehusets kvalitetssikringsarbeid og viste betydelige mangler i kurvføringen.

Den gang undersøkelsen ble gjennomført (i 2001), hadde Psykiatrisk klinikk startet utvikling av et nytt medikamentark som skulle erstatte de tidligere skjemaene i «kardex». Undersøkelsen som artikkelen refererer til, bekreftet vårt inntrykk av et uhensiktsmessig dokumentasjonssystem og satte fart i innføringen av et nytt medikamentarksystem. De 18 døgnerhetene i Psykiatrisk klinikk brukte forskjellige skjemaer for legemiddelhandling, blant annet som følge av integrering av flere fylkeskommunale institusjoner. Den enkelte enhet brukte rutinemessig opptil fire skjemaer for å dokumentere alle deler av legemiddelhandlingen for den enkelte pasient. Samtidig kunne ikke «kurven» ved sykehusets somatiske avdelinger ivareta dokumentasjon av legemiddelhandling slik den ble utført i Psykiatrisk klinikk. Det nye medikamentarket skulle ivareta flere forhold, slik som et faglig forsvarlig og felles dokumentasjonssystem for legemiddelhandling i alle døgnerheter i klinikken, være en samlet dokumentasjon av ordinasjon, istandgjøring, administrering og observasjon på ett ark samt være et rasjonelt dokumentasjonssystem med hensyn til tilgjengelighet for brukere, opplæring, økonomi og revidering.

I 2002 tok alle enhetene i Psykiatrisk klinikk i bruk det første felles medikamentarket med tilhørende bruksanvisning og opplæringsprogram. I 2003 ble en erfaringsbasert evaluering gjennomført. Den førte til en revidering, slik at det ble ett ordineringsark og ett observasjons- og administreringsark. Arkene skrives ut lokalt på enhetene fra sykehusets intranett.

I 2004 har vi gjennomført en ny evaluering. Samtlige medikamentark ( $n = 162$ ) i bruk på innliggende pasienter ved Psykiatrisk klinikk ble kopiert samme dag. Forekomst av avvik i dokumentasjon ble registrert. Registreringen viste at arkene er mer funksjonelle og fyller kravene til forsvarlig legemiddeldokumentasjon på en bedre måte enn de gamle arkene i «kardex». I 2004 er for eksempel alle registrerte avvik i legens dokumentasjon av faste ordinasjoner redusert (med gjennomsnittlig 23 %) sammenliknet med kurveundersøkelsen i 2001. Tilsvarende er medikamentark der sykepleier/medhjelper har gitt legemiddel uten ordinasjon eller direktiv, redusert fra 27 % til 11 %. Vårt arbeid viser således at det er mulig å få antall avvik redusert. Fort-

satte avvik tilsier at korrekt føring av medikamentark krever regelmessig opplæring og oppfølging.

**Nina Helen Mjøsund**  
**Marit Kummen**  
Psykiatrisk klinikk  
Sykehuset Buskerud

#### Litteratur

1. Ritland S, Kummen M, Gjerde I et al. Feil og mangelfull kurvføring – en potensiell kilde til feilmedisinering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2259–60.

## Innsatsstyrt finansiering i psykiatrien

I en interessant kronikk i Tidsskriftet nr. 18/2004 drøfter Anne Line Bretteville-Jensen & Oddvar Kaarbø pro et contra for innføring av innsatsstyrt finansiering (ISF) for psykiatrien (1). De påpeker at utviklingen de siste ti år viser lavere kostnadsvekst i psykiatrien enn i somatisk helsevesen til tross for mange viljeserklæringer om det motsatte og at innsatsstyrt finansiering vitterlig har medført høyere «somatisk» aktivitet. Konklusjonen er at selv om vanskelighetene med å definere brukbare kriterier er store, og selv om ingen andre land har lyktes med å implementere noe slikt, er det likevel tilrådelig å innføre innsatsstyrt finansiering også for psykiatrien. Dette vil bremse den notoriske forfordeling til somatikken som pågår og som de regionale helseforetakene i dag har ansvaret for.

Jeg har to spørsmål som jeg gjerne ser forfatterne drøfter nærmere. Det første gjelder prioritering. Forfatterne sier at i et ISF-system kan den som skal betale «aktivt bruke prismekanismen for å vri ressursene i en bestemt retning» (1). Slik har imidlertid helseministeren tydelig sagt fra om at det ikke skal være: Det er en gjenstridig misforståelse at en DRG-takst er en fullt ut kostnadsdekkende økonomisk størrelse. Innsatsstyrt finansiering er først og fremst et pengefordelingssystem for de regionale helseforetak, og «sykehusenes prioriteringer skal styres ut fra de regler og retningslinjer som pasientrettighetsloven og forskriftene sier, og ikke ut fra ISF-systemet», slik daværende helseminister Dagfinn Høybråten uttrykte det i Stortingets spørretime 26. mai i år. For å konkretisere, tenk følgende scenario: Myndighetene bestemmer at det skal satses på barnepsykiatri og setter de relevante DRG-takster til et raust nivå for at så skal skje. Teorien er at sykehusene tilpasser seg takstene av hensyn til sin budsjett- og kostnadskontroll. I et regionalt helseforetak som ligger klart på etterskudd på dette området, bør dette kunne virke flott. I et annet regionalt helseforetak der nettopp denne pasientgruppen er bra ivarettat fra før, mens det skorter alvorlig på andre områder, for eksempel alderspsykiatri, kommer man derimot i en umulig