holdet i lederartikkelen eller ultralydspørsmålet: Den er rettet mot Kunnskaps-senterets metodikk og meg personlig. De problematiserer at Kunnskaps-senterets rapport kun gir en oversikt over de moralske utfordringene ved rutinemessig ultralydunder-søkelse i svangerskapet og at den ikke kommer med konkrete anbefalinger. Jeg tror de har rett i at klare (og kontroversielle) anbefalinger kunne stimulere til etikkdebatt, spørsmålet er bare hvor Kunnskaps-senteret skulle hente sin legitimitet.

Kunnskaps-senteret har som målsetting å innhente, analysere og formidle kunnskap som inngår i beslutninger på alle nivåer i helsetjenesten. Mens enkelte metode-vurderingsorganisasjoner i andre land gir konkrete anbefalinger, gjør ikke Kunnskaps-senteret det. Her er mandatet snarere åpent å fremskaffe et solid beslutnings-grunnlag. Vurderingen av etiske utfordringer knyttet til helsetiltak inngår i dette, og det er utviklet en egen metodikk der moralske utfordringer belyses og drøftes (1). Den endelige vurderingen og beslutningen overlates til beslutningstakerne. Selv om Solberg & Nydals innvendinger tyder på det motsatte, er de godt kjent med Kunnskaps-senterets rammebetingelser og metodikk. Deres kommentar viser at metoden fungerer: At de ikke klarer å lese mine personlige oppfatninger ut av rapporten, bekrefter at jeg holder meg til mandatet!

Nå kan man selvsagt være uenig i Kunnskaps-senterets mandat og mene at klare anbefalinger ville gi bedre beslutninger og stimulere til etikkdebatt, men da bør man rette skytset mot andre mål. Dessuten bør man ha i mente at offentlige beslutninger krever særlig begrunnelse (2) og at institusjoner trenger en annen berettigelse om de er rådgivende enn om de fremskaffer, analyserer og drøfter informasjon (3).

Om etikere har et spesielt ansvar for å komme med råd og fremme debatt, slik Solberg & Nydal hevder, er langt fra åpenbart når man vet at etikere lett blir moral-tekniske problemløser og begeistrede medhjelpere for ny teknologi.

Etter Kvandes og mitt innlegg har vi sett etikkdebatt om ultralyd – men dessverre uten Solberg og Nydals bidrag.

Bjørn Hofmann
Oslo

Litteratur

1. Hofmann B. Etik i vurdering av helsetiltak. Utvikling av en metode for å synliggjøre etiske utfordringer ved vurdering av helsetiltak. Oslo: Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten, 2008.
2. Nagel T. Moral conflict and political legitimacy. *Philos Public Aff* 1987; 16: 215–40.
3. Elster J. Hva skal vi med etiske komiteer? *Etikk i praksis* 2007; nr. 1: 11–31.

Om å være arbeidende pensjonist i sykehjem

I Tidsskriftet nr. 23/2008 ga Torunn Janbu en oppsummering av Legeforeningens syn på legedekning og legekompetanse i sykehjem (1). Hun foreslo et formalisert kompetanseområde for alders- og sykehjemsmedisin bygd på spesialitetene allmennmedisin, geriatri og indremedisin. Jeg støtter dette forslaget og vil i denne forbindelse gjerne fremheve indremedisinerens forutsetninger for å gå inn i arbeid som tilsynslege ved sykehjem.

Sykehjemsmedisinen blir i dag antakelig i det alt overveiende ivaretatt av allmennmedisinere. Allmennmedisinere har god erfaring i å vurdere og behandle eldre menneskers plager, men deres største problem er tid og kapasitet. Den generelle indremedisinen dreier seg også i stor grad om eldre pasienter. Sykdomsspektret hos de eldre er bredt. Det blir derved en dyd av nødvendighet å være bredt orientert om sykdommer i de fleste organer. Allmennmedisineren har formodentlig bedre erfaring med psykosomatiske tilstander og demens, men ellers kan nok de faglige forutsetninger for å gå inn i arbeid i et sykehjem være nokså ekvivalente.

To forhold gjør at den pensjonerte indremedisiner kan være vel så egnet som allmennmedisineren, nemlig tid til disposisjon og krav om kontinuitet i arbeidet. En pensjonert indremedisiner kan uten store problemer justere sitt program slik at man oppnår kontinuitet og dermed sikrere service.

Min egen erfaring er begrenset til min egen person, men kan likevel kanskje være av interesse. Etter knapt 30 år som overlege i hematologi ved Regionsykehuset i Trondheim/St. Olavs hospital ble jeg pensjonist ved fylte 68 år. Jeg arbeidet så en dag i uken i fem år ved Hematologisk poliklinikk og har deretter i snart sju år vært tilsynslege ved en avdeling ved Nidarvoll sykehjem, hver onsdag og med øvrig telefonisk kontakt ved behov. Sykehjemsarbeidet har vært både til glede og stimulans. Sykdomsspektret er klart mindre preget av akuttmedisin enn i sykehuset, men alle organsystemer er representert, selvsagt mer preget av sviktende hjernefunksjon enn i sykehuset. Utfordringene er fortsatt mange både overfor pasienter og pårørende.

Jeg tror at følgende premisser må ligge til grunn for en pensjonists engasjement som sykehjemslege. For det første må man like gamle mennesker. For det andre må man ha god tid. For det tredje bør man ha god kontakt med rådgivere ved sykehusets poliklinikker, både innen somatikk, geriatri og psykiatri. Med kjennskap til eget sykehus er dette knapt noe problem.

En spesiell tilfredsstillelse er det å få være i arbeid i et miljø med gode helsearbeidere som behandler en pensjonist med

velvilje og respekt, slik som regelen også er i sykehusets avdelinger. Min oppfordring til kommende indremedisinske pensjonister er å ta kontakt med kommunens sykehjemsadministrasjon for å skaffe seg interessant videre arbeid.

Jon Lamvik
Trondheim

Litteratur

1. Janbu T. Sykehjem med god legedekning. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 2759.

Farmasøyer gratulerer kliniske farmakologer

I Tidsskriftet nr. 1/2009 omtales synspunkter som kom frem på 20-årsjubileet for klinisk farmakologi i Norge (1). Gisle Rok-sund, leder i Norsk forening for allmennmedisin, advarte angivelig mot en utvikling der farmasøyer, apotek og legemiddelin-dustri i samarbeid skulle klare å få fotfeste som en del av primærhelsetjenesten og derved bl.a. svekke fastlegeordningen. Denne konspirasjonsteorien var ny for oss. Det finnes farmasøyer uten skumle hensikter som ønsker å støtte oppunder primærhelsetjenesten. Dersom han er sitert rett, ønsker Rok-sund å demme opp for «en uheldig utvikling» der farmasøyer blir en del av primærhelsetjenesten. Hvilken utvikling, og uheldig for hvem? spør vi.

Farmasøytbegrepet i Norge og Norden er ikke ensartet. Det omfatter utdanninger som er kortere eller på lavere nivå enn universitetsutdanning av internasjonal eller europeisk standard (artikkel 44 i direktiv 2005/36/EC). Den internasjonale standarden *Good Pharmacy Practice* (vedtatt av Verdens helseorganisasjon og Den internasjonale farmasøytforbundet) sier at all legemiddelforskrivning bør få en rimelighetsvurdering av en «pharmacist» (provisorfarmasøyt). Nordisk apotekpraksis blåser i dette kravet, og det er nok grunnen til at apotekenes råd til pasienter stort sett er av praktisk-teknisk art.

Farmasøytiske ambisjoner som omfatter klinisk pasientrettet arbeid, har i utlandet røtter tilbake til 1960-årene og utviklet seg parallelt med klinisk farmakologi. Det startet på sykehus og institusjoner og er godt innarbeidet i den anglosaksiske delen av verden. Nyere forsiktige norske tendenser i samme retning har overhodet ingenting å gjøre med apotekbransjens håpløse forslag om å tilby helsetjenester av typen diagnostikk, kontroll og villscree-ning. Det siste er en utvikling som det med rette kan slås hardt ned på. Det dreier seg om et desperat påfunn fra bransjeforeningen for å dekke inn tapt legemiddel-avanse. Kjernevirksomheten til apotekene dekkes ikke av legemiddelavansen, ergo forsøkes ulike former for kryssfinansiering.

Universitetsutdannede provisorfarmasøyer, som vi ønsker å representere, kjenner godt til farmakologiske prinsipper og har god allmenn legemiddelkunnskap. Den danske kliniske farmakologen og overlegen Kim Brøsen oppfordret i samme jubileum kliniske farmakologer til å gjøre seg gjeldende innen legemiddelfeltet (1). Han fremhevet forskjellen i grunnkompetanse mellom leger og farmasøyer, og det er flott. Brøsen er også hovedpådriver i etableringen av et studium i klinisk farmasi ved Syd-dansk Universitet. Den danske farmakologen har i den forbindelse uttalt: «Å ha klinisk trente farmasøyer vil bidra til en forbedring av kvaliteten av det arbeidet legene gjør, minske feilmedisinering og spare samfunnet for store utgifter» (2). Vi liker å tro at norske kliniske farmakologer er like rause.

Erik Pomp
Per-Jostein Samuelsen
Straume

Litteratur

1. Helland A. 20-årsjubileum for klinisk farmakologi i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 55.
2. Fjeldstad V. Satser på ny, klinisk farmasiutdanning i Danmark. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift 2008; nr. 10: 10–2.

Ingen interessekonflikt?

I Tidsskriftet nr. 3/2009 spørres det på lederplass hva Tidsskriftets redaksjonskomité gjør (1). Svaret finnes delvis i valg av forside og i bildereportasjen fra Gaza inne i bladet (2).

Eksempelene er mange på katastrofeområder som martrer verden: Kongo (seks millioner døde, kryssende kriger, systematiske voldtekter), Zimbabwe (svær koleraepidemi, tortur, drap, vanstyre, undertrykkelse), Sri Lanka, Darfur, Taliban – alle grusomme konflikter. Men de omfattes av liten interesse, og ingen bilder. Er de litt «oppgitte»?

I perioden 2001–03 ble 400 sivile, kvinner og barn drept av Hamas' selvmordsbombere i Israel. I sitt charter er de forpliktet til å bekjempe alle fredsprosesser og utrydde alle «jøder». Intet mindre. Ingen bilder. Mindre interesse! Syria bombet sitt muslimske brorskap i byen Hama i 1982. 20 000–30 000 sivile ble drept.

Hamas velger selv sin kamparena midt blant egne sivile, minelegger trappeopp-ganger, institusjoner, veikanter o.l. for å møte fienden. Det er kynisme satt i system.

To leger har vært ute og kommet hjem. Ingen interessekonflikt. Bare ensidig konflikt. Og krystallklare interesser! Dette er avslørende og trist for redaksjonen. En respektfull og rettferdig forståelse av historien og bakgrunnene med balanse for alle parter syn, behov, frykt og lidelser er nødvendig også i Midtøsten. Foto fra krigen hører med i *noe* av historien. En av bilde-tekstene passer nå Tidsskriftet: Redaksjonen og dens troverdighet har også fått et «dødelig rakettangrep». Hva med redaksjonelle amputasjoner?

Per Arne Norum
Jeløy

Litteratur

1. Rørtveit G, Staff A, Schem B et al. Hva gjør Tidsskriftets redaksjonskomité. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 175.
2. Shifa-sykehuset, Gaza by. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 198–200.