



Innhold:

Leder:

Alt det spennande kjem frå Balsfjord

AV ELISABETH SWENSEN s 1

20 år med datajournaler

AV JOHN LEER s 2

Historia om Balsfjordsystemet

AV TORALF HASVOLD s 3

Infodoc

AV STEINAR FOSSE s 5

20 år med EDB-journal...

AV FREDRIK LANGBALLE s 9

Fag eller teknologi...

AV ANDERS GRIMSMO s 14

Revisjon eller veiledning?

AV EINAR BRAATEN s 17

Revisjon eller veiledning?

SVAR PÅ INNLEGG AV ANNE ALVIK s 19

Genetiske tester

PERSONLIG HISTORIE s 24

Bruk av diagnose i allmennpraksis

AV HANS VALE s 28

Faste spalter

s 31

utposten

Kontor:

RMR/UTPOSTEN
Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim
Tlf. 63973222 Fax 63971625
E-mail:rmrtove@online.no

Adresseliste redaktørene av
UTPOSTEN:

Jannike Reymert

Skogstien 16
7800 Namsos
Tlf: 74 27 33 50
Fax: 74 27 54 10
E-mail: jannike.reymert@nt.telia.no

Elisabeth Swensen

3841 Flatdal
tlf: 3505 2121
Fax: 35052361
E-mail: elswense@online.no

Gunnar Strøno

Skogv. 29
3660 Rjukan
tlf: 35092228
Fax: 35090640
E-mail: gunnars@telnett.no

Frode Forland

Herregårdsv. 2 F
1168 Oslo
tlf: 22750561
fax: 22248868
E-mail: frode.forland@helsetilsynet.dep.telemex.no

Erik J. Pedersen

Heskestadv. 13
4015 Stavanger
tlf: 51527560
fax: 51508383
E-mail: ejped@online.no

Tone Skjerven

Modum Bad
3370 Vikersund
tlf: 32787096
fax: 32788308
E-mail: Tone.Skjerven@c2i.net

Torgeir Gilje Lid

Koordinerende redaktør
Heskestadv. 11
4015 Stavanger
tlf: 51521071
fax: 51526152
E-mail: giljelid@online.no

Forsidefoto:

Torgeir Gilje Lid

Design & trykk:

PDC Tangen as Aurskog

Alt det spennande kjem frå Balsfjord



Om denne overskrifta er eit sitat, i så fall kven som sa det og om kva, får lesarane ikkje vite. Men i dette nummeret kan de lese ei samling artiklar som provar at ho er sann. EDB-journalen i allmennpraksis har eit uoffisielt jubileum i desse dagar. Det er om lag 20 år sidan det første EDB-baserte journal-systemet i norsk allmennpraksis blei tatt i bruk – i Balsfjord. Sidan har det «balla på seg», kan ein trygt seie. I dag ligg Noreg på verdstoppen når det gjeld bruk av EDB i primærhelsetenesta. Vi har bedt nokre av eldsjelene i dette arbeidet om å skrive historia om den norske allmennmedisinske datajournalen. Utposten sin evig entusiastiske elektroniske medarbeidar, kollega John Leer, er den som skal ha ære og takk for at dette stoffet no kjem på trykk. Samstundes kan vi på leiarplass få høve til å framheve hans innsats for bladet – eit av dei første medisinske tidsskrift i fulltekst på nettet – og for norske primærlegar si forståing av den gåtefulle cyberverda.

Først altså hurra og gratulerer! Moderne dataverktøy har gjort det mogeleg å drive allmennpraksis meir effektivt i eit kostnad-nytte-perspektiv, tryggare i høve til dokumentasjon av praksis og med ei breiare kontaktflate til kolleger og andre samarbeidspartnarar. Det spesielle med den norske allmennmedisinske EDB-journalen er forankringa i praksiskvardagen. Utviklinga av dataverktøyet har vore ein del av den allmennmedisinske fagutviklinga, i utgangspunktet styrt av fagmiljøet sine krav og interesser.

I kjølvatnet av all suksess i vår tid fylgjer det ubønhørlege kravet om å innordne seg den kapitalistiske grunnlova om maksimal profitt. I dag ser vi at selskap med full legemiddelfinansiering i ryggen er inne og utviklar faglege beslutningsstøtteprogram for den eine tilstanden etter den andre (migrène, hjartesykt, risiko for hjarte-kr-sjukdom...). Faglege tilrådingar og konklusjonar blir gjeve på område der den same legemiddelindustrien har store interesser i legane sitt forskrivningsmønster. Industriavhengige retningslinjer og faglege program må kjempe hardt om plassen på den einskilde legen sin data-skjerm. Mangelen på gode dataløysingar for samfunnsmedisinsk arbeid er eit uttrykk for at marknadskreftene rår: samfunnsmedisinarane er langt mindre interessante enn den pilleforskrivande delen av legane.

Den allmennmedisinske EDB-journalen vart snekra og sjøsett av eit vitalt allmennmedisinsk miljø i ei tid prega av sterk identitetskjenning og høg moral hjå norske primærlegar. EDB representerte noko nytt, og «nytt» hadde ein god klank. Ved årtusenskiftet er horisonten ein annan: Mange er blitt meir skeptiske til «framskritt» generelt og i faget, kravet til dokumentasjon trugar arbeids glede og sjølvkjensle, primærlegane strever kvar for seg med vakter og vakansar. Det er blitt veldig langt til Balsfjord.

Me vil likevel dtvare mot å lese historia om EDB-journalane som 70-tals-nostalgi. I 1999 blømer den faglege diskusjonen på Eyr. Dei fleste som skriv der, skriv ikkje andre plassar. Eyr er eit framifrå døme på datateknologien sitt demokratiske potensiale. Nye allmennmedisinske EDB-baserte verktøy som SATS, prosedyrepermane i elektronisk format og Norsk Elektronisk Legehåndbok representerer ei vidareføring av det arbeidet pionerane på 70-talet starta.

Toralf Hasvold var ein av dei første. Han skal få siste ordet og: «Derfor er det uproblematisk at Balsfjord-systemet døde. «Lenge leve Balsfjordsystemet!» »

Elisabeth Swensen

Frode Forland

20 år med EDB-journal

(EPJ = Elektronisk Pasient Journal)

Innledning av John Leer

I 1998-99 kom det en utfordring fra en av Utpostens mange lesere om at EPJ burde få en historisk markering. Redaksjonen tok i mot og sendte den videre til undertegnede sist vår. Jeg kastet meg over noen av nestorene som i løpet av sommeren har skrevet artikler som gir en historisk oversikt og en beskrivelse av status for EPJ i dag.

Jeg kan huske vår entusiasme da vi startet vår splitter nye 2-legepraksis i 1981. Den skulle være papirløs og med flerbuker edb-løsning. Vi hadde forventninger om et elektronisk journalsystem som i løpet av få år skulle bli spekket med automatiserte funksjoner, kontrollrutiner og rapportmuligheter.

Akkurat slik har det ikke gått

Det er svært få norske allmennpraktikere som ikke bruker edb-journal. Journalføring og rutinearbeid er blitt forenklet. Vi kan håndtere mange pasientkontakter pr dag og er a jour mht journalføring og dokumentasjon. Resepter og sykmeldinger ekspederer vi i et forrykende tempo. Men er oversikten bedre? Har vi fått bygget inn i EPJ de kontrollfunksjonene og hjelpemekaniskeme vi ønsket oss?

EPJ er moden for en generalrevisjon i et nasjonalt og internasjonalt perspektiv. Først fikk vi Balsfjorsystemet. Så kom Promed. Infodoc fyller 20 år i år. Noen få år senere kom Profoc. WinMed er den yngste. Det finnes også et og annet journalsystem med bare noen få brukere.

Vi vil i denne artikkelsamlingen forsøke å tegne et historisk bilde gjennom presentasjonene av de største og eldste journalsystemene. Det er Toralf Hasvold, Steinar Fosse og Fredrik Langballe som gir oss det historiske innblikket i hvordan journalsystemene er blitt til og videreutviklet. Til slutt lar vi Anders Grimsø gjøre en kritisk vurdering av hvordan EPJ er og hva som må til for å komme videre.

Foto: Rune Eraaker

Øvrige fotos: Torgeir Gilje Lid

Historia om Balsfjordsystemet

Av Toralf Hasvold

Fra tidlig på 1970-tallet arbeidet Arnulv Eide, Roar Johnsen og undertegnede i en tett legegruppe på Storsteinnes i Balsfjord. Vi var opptatt av å systematisere våre pasientjournaler til oversiktlige arbeidsredskaper. De journalene som inneholdt mye informasjon var de minst informative journalene fordi de var tykke og uoversiktlige. Ingen av oss hadde noe greie på edb, eller hadde innsikt i at edb-teknologien kunne avhjelpe oss med dette problemet. Mine to kolleger ved legekantoret delte ei stilling som amanuensis ved Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø (UiT). En vårdag i 1976 kom de fra «byen» og spurte om vi i samarbeid med Datafag på Universitetet skulle lage et EDB-basert journalsystem for å løse noe av de problemene vi hadde vært opptatt av.

Noe tidligere hadde distriktslege Jan Ivar Kvamme i Alta tatt kontakt med Datafag fordi han trengte et enkelt registrering og statistikk-system til sine utredninger og forskning

i primærhelsetjenesten (1). Datafag løste det oppdraget på en utmerket måte ved utviklingen av «System for Dataregistrering og Statistikk» (SDS), som ble brukt i forbindelse med mange norske primærmedisinske prosjekter inntil de store standardiserte systemene kom (2).

Etter at suksessen med SDS var et faktum, stilte professor Skog på Datafag ved UiT spørsmålet om ikke den nye edb-teknologien kunne være interessant for primærhelsetjenesten. Og de så for seg et journalsystem bygget på noe av det konseptet som var benyttet i SDS. De henvendte seg til ISM hvor daværende amanuensis Egil Henrik Lehman, arbeidet mye med systematikk og statistikk. Distriktslege Jan Ivar Kvamme fikk først tilbudet om å delta i det nye utviklingsprosjektet. Han fikk ikke med seg sine kolleger til en ny og større runde med systemutvikling, og slik ble vi i Balsfjord spurt om å være med i utviklingen av et journalsystem basert på «elektronisk databehandling». En spennende og fruktbare trekantallianse: Datafag – ISM – Balsfjordlegene ble etablert.

Unge, entusiastiske dataeksperter, med Kai Olsen og Kjell Ellingsen i spissen, satt i utallige kvelder og netter sammen med oss, den gang relativt unge distriktsleger, for å lære hvordan et legekantore fungerte, hvilke rutiner vi hadde for på den måten å skulle forstå hvordan edb-teknologien kunne løse noen oppgaver og rasjonalisere rutiner.

Hovedprinsippene skulle være:

- Edb-systemet skulle tilpasse seg legekantorets funksjoner og ikke motsatt.
- En eventuell rasjonaliseringseffekt skulle kanaliseres til bedre pasientservice og ikke til reduksjon av hjelpepersonell.

- Journalen skulle bli mer oversiktlig.
- Systemet skulle kunne generere både personbasert og konsultasjonbasert statistikk.
- Systemutviklingen skulle være offentlig finansiert slik at man ikke hadde noen økonomiske eller andre bindinger til program eller maskinleverandører.

Samarbeidet mellom legene og dataekspertene ble en meget grundig og gjensidig læringsprosess. Vi, legene måtte foreta en rekke prioriteringer, og velge hvilke funksjoner vi ønsket å legge inn i systemet, og dataekspertene måtte teste ut disse valgene i forhold til det teknologiske mulige. Utallige kvelder og netter i 1976 og 1977 gikk med til dette arbeidet. Vi reiste på studietur til Exeter i England, fordi de hadde som en av de første i verden tatt i bruk et edb-basert journal-system. Dette var et stormaskinsystem i et sykehus kjørt online fra noen omliggende legekontorer. Men vi kunne plukke opp noen ideer til journaldesign derfra. Dataekspertene var opptatt av at datidens standardprogrammer ikke tilfredstilte våre krav til sikkerhet mot tap av informasjon. Programtilpasningen måtte derfor gå helt ned på maskinkodenivå. Blant annet valgte de ikke å basere seg på «MS-dos» som operativprogram, fordi det ikke var sikkert nok ved ukontrollert strømbrudd. Den forventede utviklingen på maskinsiden gikk ikke fort nok og derfor måtte den første maskinen «snekres» sammen på Universitetet av ulike komponenter.



Våren 1980 ble systemet tatt i bruk i klinisk praksis i Balsfjord. Dette var et internt flerbrukersystem, med felles arkiv. Selve journalsystemet hadde «alle» funksjoner (3,4,5). Selv dagens systemer har få nye funksjoner som ikke var med i dette første Balsfjordsystemet. Det er i hovedsak de maskinbaserte funksjonene som hastighet og lagerkapasitet, og integreringen med andre typer ekstraprogrammer som er blitt dramatisk forbedret.

Ved installeringen av prototypen i Balsfjord var prosjektet, som Norges Tekniske Forskningsråd, Økonomisk/Medisinsk Informasjonssystem, Sosialdepartementet og Universitetet i Tromsø hadde finansiert, over. Systemet ble evaluert som en suksess (3), og det ble spørsmål om å gjøre dette til et kommersielt produkt. Etter initiativ fra politisk hold og

fra Fylkeslegen i Troms, ble det en fase II i prosjektet som gikk ut på å overføre kompetansen man hadde etablert på Datafag til et nordnorsk firma som kunne ta over salg, videreutvikling og service. Kommunedata Nord Norge (KDN) fikk entreprisen. Det viste seg snart at basiskompetansen i KDN var svak, og overføringen fra Datafag til KDN tok mer tid og var mer komplisert enn forutsatt.

Utviklingen av datamaskinene gikk raskt. Ulike operativprogrammer som var betydelig forbedret dukket opp på markedet. Systemet måtte raskt tilpasses de nye standarder. De strategiske valgene som ble gjort av KDN i utviklingen av 2. generasjon av Balsfjordsystemet, var i etterpåklokskap ikke de lureste. Men på denne tiden var systemet det eneste komplette flerbrukersystemet og tok raskt det meste av det markedet som utviklet seg. Etterhvert kom nye systemer til (Profdoc og Infodoc) som hadde basert seg på enklere standarder. PC-teknologien var i rask utvikling fra 1985 og utover og man begynte å koble PC-er i nettverk. For å holde tritt med utviklingen ble KDN tvunget til å utvikle 3. generasjon av Balsfjordsystemet. I mellomtiden var alle de opprinnelige legene i gruppen på Storsteinnes i Balsfjord borte fra Balsfjord. Bare undertegnede var fortsatt i vanlig allmennmedisinsk praksis som distriktslege/kommunelege i Bardu. Jeg hadde bistått KDN med en del råd under den videre utviklingen, men under utviklingen av 3. generasjonen oppsto det stor uenighet mellom meg som faglig rådgiver og KDN. De aksepterte ikke mitt råd om å satse på PC-er i nett og valgte AS 400 systemet i stedet. De ønsket å bruke meg som «selger», men ikke som faglig rådgiver. Det hadde vært et viktig poeng for legene som var med fra starten av, at vi ikke skulle ha økonomiske interesser knyttet til noen del av systemet, og jeg brøt derfor alt samarbeide med KDN.

Da vi ved legekontoret i Bardu flyttet inn i nytt helsesenter i 1990, var det tid for å oppgradere vårt datasystem. Etter en nøye vurdering valgte vi Profdoc og ikke KDN's AS400 baserte Balsfjordsystem. Det norske primærlegemiljøet er så lite at svært mange av de som fram til begynnelsen av 1990-årene kjøpte datasystemer kontaktet oss som rådgivere før de valgte system. Det ble et jordskjelv i markedet da det ble kjent at vi som hadde utviklet Balsfjordsystemet hadde valgt Profdoc! Jeg tror KDN knapt nok solgte ett eneste system etter den tid. Og produktet «Balsfjordsystemet» avgikk en stille død.

De fleste av de nye systemene som er kommet på markedet etter hvert er bygget over de samme grunnprinsippene som var nedfelt i Balsfjordsystemet. Denne standarden har påvirket programutviklingen helt fram til i dag. Vi kan se at den pionerutviklingen som foregikk i Balsfjord og i Tromsø på 1970-tallet innenfor edb i norsk primærmedisin, har vært

Om Infodoc

Av Steinar Fosse

Historien:

Infodoc ble skapt for 20 år siden i disse dager. Programmet kom samtidig med Balsfjordsystemet som var et system for oppbevaring av pasientdata i matriser og tabeller, og litt senere enn Carl Fredrik Bassøes «Promed» som må sies å være det første datasystemet for medisinsk journalføring i Norge. Infodoc ble først laget for frittstående Tandberg bordmaskiner. Disse bestod av en skjerm, en stasjon for store disketter og en databehandlingsenhet. Såvidt meg bekjent var der ikke laget slike maskiner tidligere og disse maskinene som kom minst 3 år før IBMs AT-maskiner var sannsynligvis verdens første PC'er. De brukte operativsystemet TOS. Infodoc som siden gikk over til CPM og MS-DOS og til sist Windows har således vært brukt på 4 operativsystemer. Det er interessant å merke seg at systemets datastruktur har vært modifisert minimalt for å flytte seg mellom disse plattformene. Den eneste endringen skjedde ved overgangen fra CPM til MS-DOS.

I den første tiden da systemet ble kjørt på Tandberg-maskiner var lageret 8 tomme disketter. Det ble brukt en diskett pr. fødselsmåned, i alt 12 disketter. En diskett ble satt inn og tatt ut for hver pasient. Infodoc fungerte i denne versjon med et åpningsbilde som presenterte en meny over alle funksjoner. Etter ca et års drift ble dette systemet endret

og Infodoc fikk den utforming som i hovedtrekk forekommer i dag.

Der var et 10-talls installasjoner i bruk innen Infodoc ble lagt over på Micromation-systemet. Dette hadde en disk med kapasitet 20 MB og kunne brukes mot «dumme terminaler», dvs. at maskinen prosesserte all databehandling for opp til 16 brukere som hver satt med en skjerm, et tastatur og en skriver, i motsetning til den vanlige nettløsningen som brukes i dag der en nettsjener kan hente lagret informasjon til en bruker som behandler data ved en terminal som har sin egen prosessor (data prosesseres lokalt eller sentralt). I 1985 gikk Infodoc over til et slikt system ved at det ble installert på PC-er som brukte MS-DOS og etter hvert Windows-løsningen. Denne overgangen krevde konvertering av programvare til 16 bits assembler

Datastrukturen

Infodoc ble initialt programmert i «Assembler», et programmeringsspråk som er svært detaljert, de fleste kommandoer programmet må utføre skal skrives av programmerer ned til den minste detalj som f.eks. hvordan skrive-merket skal flytte seg etter at man har skrevet inn en karakter på skjermen. Programmet er det nærmeste man kommer til

viktig for de løsninger vi har i dag. Derfor er det uproblematisk at Balsfjordsystemet døde, – «lenge leve Balsfjord-systemet!».

Referanser

- Kvamme J-I. EDB i distriktshelsetjenesten. NAVF rapport nr 3, 1978.
Lehman E H, Olsen K, Mølster T. SDS-systemet, eit statistisk

datasystem for den primære helseteneste. Tidsskr Nor Lægeforen 1977; 16: 834-6.

Hasvold T. «Balsfjordsystemet» EDB-basert journal, arkiv og statistikkssystem for primærhelsetjenesten. En beskrivelse og evaluering. ISM skriftserie nr 9, 1984.

Hasvold T. Data journal- og arkivsystem for primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1982; 25: 1281-4.

Hasvold T. A Computerized Medical Record «The Balsfjord System». Scand J Prim Health Care 1984; 3: 125-8.

å legge data bitene «0» og «1» direkte inn på disken. Allerede i 1982 fantes Infodoc i flerbrukerversjon med full uavhengighet brukerne i mellom.

Da Infodoc ble konvertert til MS-DOS og senere til Windows versjonen ble programmeringsspråket «C» brukt. Dette er også et kompakt språk der man uttrykker kommandoer med ganske få karakterer. Infodoc er således programmert fra grunnen av og er ikke en «Run time versjon» som vil si at programmet er laget inne i andre dataprogrammer som det så kjører «på toppen av» når det brukes, slik som for eksempel «Fox pro», «Clipper», «Microsoft Access» eller «Microsoft Word». Faktum er at de nevnte programmer er laget i «C++», som er en videreutvikling av «C», så fra en programmeringsmessig side er Infodoc profesjonelt.



Systemet har eksistert lengst i DOS-versjon, men de siste årene har det kommet i en Windows-versjon. Denne har i det vesentligste den funksjonaliteten som et Windows program skal ha og det er blitt enkelt å skifte tekst mellom Infodoc og andre Windows programmer som for eksempel «Word». Det er også enkelt å legge innscannet tekst inn i Infodoc pga. windowsfleksibiliteten. Vedlikeholds og statistikkdelen av Infodoc er fremdeles i DOS-versjon, men kjøres under «Windows».

Hvor kompakt Infodoc er kan illustreres ved det som jeg bruker selv. Min nåværende pasient database ble startet i 1983. Fra 1984 til 1994 var det samkjørt med databasen til en kollega som dannet to-lege praksis med meg. Siden 1994 har jeg vært alene, men den totale pasientmengden ligger i mitt system og utgjør nesten 20 000 identiteter. Hele systemet med program og hjelpefiler samt mapper som er opprettet av meg tar 110 MB. Det området som representerer selve pasientjournaldelen opptar 97 MB av dette.

Infodocs enkle struktur har vært en klart medvirkende årsak til systemets suksess. Det består av en hoveddel der

bruker skriver inn informasjon på en stor blå skjermflate i DOS versjonen eller en hvit skjermflate i Windowsversjonen. Denne flaten kan deles inn i horisontale avsnitt som «Sykehistorie», «Funn», «Laboratoriedata», «Vurdering», «Behandling», «Medikamentell behandling» og «Diagnose» ved trykk på funksjonstaster. For øvrig kan avsnittene gis andre navn etter brukers ønske. Det kan benyttes flere parallelle journaler tilpasset ulike faggrupper.

Informasjon som skrives i disse respektive avsnitt vil lagres der og siden kunne leses enten i en modus der alle data ligger sortert kronologisk med de forskjellige avsnittene synlig mellom datomarkeringene eller i en modus der bare en ønsket type avsnitt vises med hver sin dato. Ved å trykke på en funksjonstast vil man synliggjøre en meny som igjen gir adgang til undermenyer. Disse menyene aktiverer et hjelpesystem som betjener utskrift av diverse skjema som f.eks. Sykemelding eller utfylling av laboratorieskjema eller fremhenting av resepter med standard tekst. Blodprøvesvar fra eksterne laboratorier kan hentes inn via modem og de legges da direkte inn i pasientjournalen. I tillegg til at strukturen i Infodocs åpningsbilde er enkel uten for mange elementer er også påloggingen rask. Når programmet kalles opp logger bruker seg på ved signatur og passord og er dermed inne i brukermodus.

Infodoc har også en «Interaktiv journal». Denne gir brukerne mulighet til å tilpasse systemet til egne behov som for eksempel medikamentregistre, journalformuleringer for forskjellige organemner, brevttekster eller en standardisert benevnning av data i laboratorieavsnittet. Det tar bruker tid å lære seg den interaktive journalen og derfor blir den kanskje mindre brukt enn ønskelig. Den har særlig vært brukt av programmererne til å lage tilleggsmoduler og spesielt har den vært brukt til å tilpasse Infodoc til spesialistmoduler der legen velger tekststrenger for beskrive sine funn. Enten beskriver strengen normale funn eller så beskriver den alle alternative patologiske funn ved hjelp av et enkelt setningshierarki som samlet utgjør en meningsfull beskrivelse av pasientenes tilstand. Slike jeg ser det var Infodoc det første systemet som benyttet seg av denne teknikken. Den er imidlertid i dag i bruk av andre tilsvarende systemer.

Infodoc har en rapport- eller statistikkdel. Denne er ikke særlig intuitiv i bruk og har kanskje derfor vært en av systemets svakheter. Den frembyr for en øvet bruker likevel gode muligheter til å liste ut forekomst av ord i de forskjellige tekstavsnitt noe som kan kombineres med pasientdata og tidsperioder. Det vanligste blir nok å liste ut diagnoser eller takstopplysninger for gitte tidsperioder. Dette kan kombineres med pasientens kjønn og aldersgrupper. Slike rapporter kan relativt lett overføres til regneark.

Aktørene

Infodoc ble startet og laget av Helge Steen. Han samarbeidet fra kort tid etter starten med Atle Sivertsen fram til 1986 da Sivertsen flyttet til Oslo hvor han representerte Infodoc i noen år. Helge Steen har vært med i Infodocs ledelse inn til ganske nylig. Sigbjørn Hellene kom med i 1985 og har konvertert systemet fra «Assembler» til «C». CPM var i bruk fra 1981. Arbeidet med C-konverteringen varte fra 1988 til 1991 og har vel vært firmaets største økonomiske og arbeidsmessige løft. All utvikling har i stor grad skjedd i samarbeid med brukerne. Fra undertegete og Johan Fredrik Nilsen ved Institutt for allmenmedisin i Bergen som de første brukerne og til dagens brukergruppe «Infobruk». Dr. Peter Dvergsdal foreslo i sin tid at Infodoc skulle få en tilleggsfunksjon der brukere kunne tilpasse sine egne moduler. Dette ble til «Interaktiv journal» som er omtalt overfor.

Eierne

Fra 1985 har selskapet Infodoc vært organisert som et aksjeselskap. De største aksjonærene ved siden av Sigbjørn Hellene og Helge Steen, var i ulike perioder Mycron og Fernley data. I en usikker økonomisk periode var rettighetene til produktet eid av en gruppe av brukerne sammensluttet i Infoguard. KS. Etter at firmaet fra 1991 lanserte sin «C»-versjon, har Infodoc hatt en stadig større andel av markedet. Sigbjørn Hellenes periode som daglig leder fra 1991 og frem til 1997 førte til god økonomisk stabilitet og konsoli-

dering av selskapet. Firmaet eies i dag av de ansatte pluss en gruppe brukere etter konvertering av KS andeler til aksjer i selskapet.

Markedsføring, salg, installasjon og opplæring ble i mange år gjennomført på brukers adresse. Dette brakte i sær Helge Steen på lange og hyppige reiser i Norge og Sverige.

Dagens dataleverandører har en helt annen markedsføring der de sender kundene disketter eller CD-plater som pakker ut programmene. Oppdateringen skjer gjerne via Internett.

Helge Steen har vært en særdeles aktiv aktør i utvikling og markedsføring av programmet. Han har utrettelig gått løs på problemer som har oppstått. Han har evnet å se løsninger der andre bare har sett vansker. Han har hatt en særlig evne til å snu hindringer til løsninger. Helge Steen er svært arbeidssom og var til stadighet engasjert i markedsføring eller utvikling. Hans arbeidsinnsats har etter mitt skjønn vært en vesentlig årsak til at firmaet i dag står på en solid basis organisatorisk og datateknisk.

Brukerne

De aller fleste brukerne er åpenbart fornøyde med systemet. Generelt kan man si at den datajournalløsningen en lege velger til seg selv er hun/han tilfreds med i ettertid. De misfornøyde brukerne finner man gjerne blant dem som får produktet «tredd nedover hodet» ved at arbeidsgiver går til innkjøp av det og pålegger ansatte leger å bruke det. Det ble i 1989 opprettet et eget brukerforum for Infodocbrukere «Infobruk». Medlemmene i dette forum møtes en gang



hvert år vekselvis på Øst- og Vestlandet. På disse møtene kommer det forslag til nye løsninger og rutiner som oftest ender opp med å bli implementert i systemet. Det er også etablert et Produktråd som er et samarbeidsforum mellom brukerne og Infodoc AS. Infobruk har sin egen Internetside på www.infobruk.no – liksom Infodoc AS har sin på www.infodoc.no

I mange år ble Infodoc kun brukt av allmennpraktiserende leger, men fra 1989 ble systemet utviklet også for spesialister. Først ute var gynekologene, deretter ØNH-legene og siden gastroenterologene. I dag er det en rekke spesialiteter som benytter systemet. Også andre helsearbeidere benytter i dag Infodoc: Helsesøstre og helsestasjoner, fysioterapeuter, kiropraktorer, bedriftshelsetjenester. Systemet brukes av poliklinikker. Bergen Legevakt er «Infodoc-bruker». Infodoc blir også brukt i mindre sykehus, og siste leveranse i så måte var Hospitalet Betanien i Bergen som installerte det i 1999.

Sluttkommentarer

Jeg vil konkludere med å si at som Infodocbruker har jeg i likhet med de aller fleste vært svært fornøyd med produktets brukervennlighet, særlig den raske påloggingen og det å få tilgang til de fleste data ved få tastetrykk. Systemet er svært stabilt i bruk og jeg kan ikke huske at det noen gang har «falt ut» eller sviktet under kjøring. Et journalsystem som dette er uendelig mye mer stabilt enn et papirbasert system. Journalene lar seg alltid finne. Brukerstøtten har alltid gitt meg nødvendig hjelp. Den senere tid pr. telefon.

En kritikk av systemet må nødvendigvis falle sammen med ønsker for fremtiden og det må her bemerkes at jeg ikke har noen som helst kjennskap til hvilke endringer produsentene har planer om å iverksette. Som bruker med store journaler savner jeg en bedre og raskere mulighet til å filtrere bort informasjon slik at bare bestemte begivenheter i pasientens sykehistorie blir tilbake. Dette kan være alt fra årsak til seponering av et medikament, lett tilgjengelig informasjon om en bivirkning, eller kun å se den informasjon som angår en bestemt episode eller periode i sykehistorien. Alle som har pasienter med store datajournaler vet at det kan være nesten like møysommelig som i en papirjournal å skulle rekapitulere sammenhengende informasjon på tvers av avsnitt for

en bestemt tidsperiode. Et bedre «flagg» eller system for merking, fremheving eller filtrering ville her ha vært velkomment. Her må det dog bemerkes at Infodoc tilbyr en mulighet til kun å vise den informasjon som er knyttet til enkeltord som diagnose og medikamentnavn. Denne teknikken er ofte tilstrekkelig til å skaffe oversikt over gitte begivenheter i journalen.

Som tidligere nevnt er statistikk- og rapportdelen tung å bruke og ikke særlig pålitelig dersom den brukes på et mer omfattende vis. Opptelling av ord i tekstavsnitt blir neppe særlig presis, noe som skyldes at ordene skrives inn etter brukerens forgodtbefinnende (og eventuelle dyslektiske profil) og ikke fra tabeller slik det for eksempel ville ha blitt dersom medikament og diagnose registrering bare kunne gjøres fra tabeller og ikke i fritekst.

Et fullverdig windows-system burde være obligatorisk i den EDB-alderen som vi nå lever i. Det virker i hvert fall rimelig for meg at man skal kunne ha flere pasientjournaler åpne ad gangen selv om noen sikkert vil frykte at data på det viset kan havne i feil journal (Slik det skjer med papirjournaler). Bedre interaksjon med andre windowsprogrammer enn bare tekstbehandlere er også et rimelig krav i dag, selv om ikke alle helt skjønner hva det er godt for. Muligheten til grafisk fremstilling av data, både for enkeltpasienter og ved rapporter fra flere journaler burde være tilstede. Jeg savner også et bedre oppsett av laboratoriedata enn det man har i dag. Laboratorieverdiene burde vært fremstilt mer oversiktlig i matriser eller tabeller og ikke blitt blandet med skrevne kommentarer. Kommentarene bør knyttes til verdiene ved et enkelt «flagg» eller pekarsystem.

Til sist vil jeg bemerke at beskyttelsen av data er rimelig god i Infodoc men det er tvilsomt om dette systemet, eller andre pasientjournalssystemer for den del, fullt ut tilfredsstiller myndighetenes krav til beskyttelse og krypting av pasientdata etter 1. januar år 2000.

Dersom de forhold som jeg har kritisert overfor etterkommes vil jeg bli enda mer fornøyd med systemet enn jeg er i dag. Jeg er imidlertid oppmerksom på at andre brukere kanskje har andre ønsker og at produsenten derfor kan ha problemer med å finne en løsning som tilfredsstiller alle.

20 år med EDB- journal – 14 år med Profdoc

Av Fredrik Langballe

1950- og 60-årene var preget av gjenoppbyggingen etter 2. verdenskrig, det var de basale behov som skulle dekkes. Så kom de teknologiske nyvinningene som transistoren og romfart og innen medisinen transplantasjoner og nærmest en eksplosjon av nye legemidler. Demokratisering og velstandsøkning resulterte i økt etterspørsel etter varer og tjenester, og etter helse-tjenester. Å drive som allmennlege i 1970 og 80-årene ble i stigende grad preget av nye muligheter og sterk økning i kravene fra både publikum og det offentlige. Legens arbeidsdag kunne oppleves som store hager med skjemaer, resepter, sykmelding, henvisninger og krav om dokumentasjon og pasienter i kø på venterommet. Det krevde en effektiv allmennlege for å mestre jobben. På 70-tallet ble datateknologi tatt i bruk i de store organisasjoner, og i en forsiktig grad i primærhelsetjenesten fra tidlig på 80-tallet. Det ble benyttet stor- og minimaskiner. Inngangsbilletten til EDB-verdenen var fortsatt kostbar og ytelsen begrenset.



Det første PC-baserte legeprogram

IBM introduserte sin første personlige datamaskin den 12. august 1981. Maskinen hadde operativsystemet MS DOS utviklet av Bill Gates. Antall solgte PC'er nærmest eksploderte de neste 2-3 årene. Forholdet mellom ytelse og pris økte og det ble laget nettverk til å knytte maskinene sammen. Maskinene og basisprogrammene kunne nå kjøpes «på Samvirkelaget». I 1985 mente Kongsberg-legen Kjell Hove at tiden var inne til å utvikle et PC-basert legeprogram. Journalprogrammet utviklet han ved hjelp av et standard databaseverktøy, dBase. Målet var å ha et komplett program som dekket alle legens skriftlige rutiner, både de administrative og de medisinske som før var dekket av journal, avtalebok, regningskort, resepter, skjemaer etc. De systemer som eksisterte var kostbare, de var ikke komplette løsninger og var for tungvinte i bruk mente han. Hans filosofi var at brukeren dvs en lege, var den beste til å utforme et optimalt brukergrensesnitt for journalprogrammet, ikke EDB-programmereren.

Profdoc programmet ble først tatt i bruk på Hønefoss på nyåret 1985 og vi fikk det på Raufoss den samme sommeren som kunde nr 1. Vi var to leger og 1-2 medarbeidere som skulle bruke utstyret. Maskinparken vår besto av 3 Olivetti M24-maskiner med IBM 8-bits 8086 prosessor, 640 kb RAM og en 20 MB harddisk som felleslager. Vi hadde 10Net nettverk og 3 matriseskrivere. Til sammen kostet anlegget vårt ca kr 150.000. For oss var en ny æra begynt – fra papir til elektronisk lagring. At Kjell Hove og vi som investerte i EDB da ikke hadde valgt feil strategi viste de neste årene: Utbredelsen av EDB-journalsystemer skjøt fart og etter 2-3 år var EDB på legekontorene blitt ganske vanlig og programmet vi brukte var en markedsleder.

Som pionerer i denne 2. generasjon av databasert pasientjournal, opplevde vi mange lange netter for å løse tekniske og programmessige utfordringer. Data-enker fantes i så vel legenes som leverandørenes familier. Samtidig opplevde vi at vi var med på en spennende utvikling. Vi fikk muligheten til å forme et verktøy som gjorde unna de slitsomme rutinedelene av vårt kontorarbeid med en langt bedre kvalitet. Vi sparte ca 100.000 journalhåndteringer ut og inn av arkivet pr år, forbruket av BIC kulepenners sank fra 1 pr lege pr uke til en brøkdel av dette. Resepter, journaler mm. ble lesbare for andre. Henvvisninger ble ved hjelp av makrofunksjon og maler ferdige på en blunk med pasienten sittende ved siden av. Skjemaer kunne fylles ut umiddelbart. Og ved månedens slutt tok det 10-20 minutter å gjøre ferdig alle regningskort og samleregning til trykdekontoret. Store deler av det økende administrative arbeidet ble gjort unna vesentlig lettere og med bedre kvalitet. Journalen var blitt oversiktlig og det var blitt mulig å finne igjen enkeltpasienter eller grupper av pasienter som hadde felles diagnose eller begrep i journalen, for eksempel alle med diabetes, «vondt i hodet», etc.

Brukerinnflytelse

Antall brukere vokste raskt, og det ble allerede i 1986 dannet en brukergruppe med et tre-delt formål: Lære bruken av programmet bedre, diskutere forbedringer og ivareta brukernes interesser overfor firmaet. Undertegnede hadde glede av å arbeide aktivt i brukergruppen og dens styre. Vi hadde meget stor kontakt med ivrige enkeltbrukere. Det var 2-årlige allmannamøter og kursene våre samlet opp til 120 deltakere. Sammen med firmaet ble det de første årene holdt kurs for til sammen 200 leger og medarbeidere. Det vokste fram en gruppe med svært entusiastiske brukere.

I 1987 var det ca 200 leger som brukte Profdoc. Det ble utviklet program for bedriftshelse, helsestasjon og andre programmer. Det ble samme året startet elektronisk overføring av laboratorieresultater fra Først laboratorium til Raufoss kommunelegekontor.

EDB og samfunnet omkring

Programmet ble utviklet videre, det ble lagt ned arbeide av flere sentrale brukere innen norsk allmennmedisin både innen statistikk og forskning, overfor Den norske lægeforening og myndighetene. Legeforeningens datapolitiske grunnholdninger og EDB-utvalgenes minimum basis datasett ble implementert i Profdoc. De EDB-brukende leger var både blitt en pressgruppe og et interessant forum for mange aktører. Brukerstyret hadde en ganske aktiv periode i perioden 1989-1997 og fikk bla. likningsmyndighetenes dispensasjon fra krav om oppbevaring av kvitteringskopier, og Helsetilsynet til å trekke tilbake sitt pålegg om å ha papirjournal i tillegg til EDB. Kamp mot Rikstrykdevernets



Foto:
Rune
Eraaker

pålegg om å levere oppgjør på diskett uten å gi kompensasjon til legene for deres merinvesteringer førte derimot ikke fram.

Fra gründertid til profesjonell firmadrift

Firmaets vekst førte etter hvert fra en pionertid der vi kunne ringe direkte til en programmerer og diskutere endringer i programmet, til en profesjonell fase. Kjell Hove innså at hans oppgave var ideen, oppbyggingen av firmaet til en solid bedrift for så å bringe inn profesjonelle eiere med interesse for å utvikle hans ideer videre. Da Sysdeco kjøpte opp Profdoc i 1994 var det tilsynelatende en suksessfull og klarsynt bedrift som tok over. De hadde helse som en av 4 markedssektorer. De hadde både dataverktøy og prosjektkompetanse og var en av Norges mest lovende IT-bedrifter. I tillegg hadde de et internasjonalt kontaktnett som skulle bringe et program som var Norges mest solgte allmennprogram ut til andre land.

Forventningene våre var store, det ble satset stort på en rekke prosjekter. Samtidig opplevde vi som brukere at avstanden mellom firma og bruker økte voldsomt. Noe var forståelig pga. størrelsen på brukermassen og firmaet. Likevel opplevde vi at det i firmaet var uenighet og vansker som slo ut i dårligere oppfølging av kundene og utvikling av programmet. Mange av de tidlige og engasjerte brukerne valgte i denne tiden å skifte til andre programmer.

Utvikling av Profdoc Vision basert på 32-bits teknologi

Det var tidlig på 90-tallet besluttet å begynne utviklingen av et 32-bits Windows-basert allmennprogram. Man ønsket å hoppe over de 16-bits baserte Windows programmer som man innså hadde mange begrensninger. Allmennprogrammet skulle være basis for de øvrige programmene. De første årene ble brukt på basal utprøving av Windows-NT teknologien. Med de nye eiere ble Windows-satsingen forsert. En gruppe av 6-7 brukere og utviklere laget i løpet av et drøyt halvår kravspesifikasjonene til det nye Windows-baserte programmet Profdoc Vision. Ambisjonen var å lage et program som tok høyde for fremtidige krav fra brukerne, myndigheter spesielt vedr. sikkerhet, kommunikasjonsmuligheter og Windows sitt brukergrensesnitt. Da Profdoc Vision ble lansert i 1995 var dette for tidlig, presset fram av utålmodige nye eiere. Det var et teknisk uferdig produkt som derfor fikk en trang start. Min vurdering var at det først høsten 1998 var et gjennomprøvet program klart for utsendelse i stor skala. Vi konverterte vår database i august 1998. Gjennom 13 år med 2 til 3 leger hadde vi fått over 15.000 pasientjournaler. Etter en uke med flytting til nye lokaler, med ny maskinvare og nettverk og 2 dagers opplæring startet vi et 4-legekontor med 10 arbeidsplasser. Vi satte deretter av 1

opplæringsdag etter 4 uker, og har ca hver 2. måned 2-3 timers internopplæring der vi viser skjermbildet på lerret med videokanon slik at alle greier å følge med.

Hva er status som Profdoc-brukende allmennlege i dag?

Av 850 legekontorer med Profdoc, bruker vel 100 Vision. Dvs 80% bruker ennå den DOS-baserte utgaven av programmet. Mange av disse gir uttrykk for at de har nok muligheter med dagens program, men at de regner med å



skifte i løpet av fra 1/2-2 år over til Windows pga 2000-problematikk, økt bruk av Windows bedre funksjonalitet etc. DOS-programmet er enkelt, lite tekniske feil, små krav til maskinvare. Ulemper er at teknologien er gammeldags, nye funksjoner kan ikke legges til. Det er også kostbart å opprettholde flere versjoner av programmet parallelt.

Enkelte fakta om firmaet

Selskapet Profdoc AS ble stiftet av lege Kjell Hove i Kongsberg i 1985. I 1989 ble datterselskapet Profdoc AB opprettet i Sverige, og det ble utviklet en svensk versjon av allmennprogrammet.

I 1994 ble selskapet solgt til Sysdeco Group. Sysdeco ønsket å utvikle Profdoc til å bli leverandør til hele helsesektoren, og Profdoc kjøpte rettigheter til laboratoriesystemet Cito og sykehussystemet Cinsoft. Det ble inngått en avtale med Ullevål sykehus om utvikling av nytt pasientadministrativt system for sykehuset. Etter store tap i 1996 og 1997 så firmaet klart at denne satsingen ikke var riktig, og en restruktureringsprosess startet for å konsentrere seg om opprinnelig kundegruppe.

Våren 1998 bestemte Sysdeco Group's eiere at Sysdeco skulle deles i tre, og Profdoc ble fisjonert ut som eget selskap med navnet Profdoc Group ASA i mai 1998. En aksjeemisjon i juni 1998 innbrakte over NOK 15 Mill. i frisk kapital til selskapet. Profdoc Group ASA ble tatt opp til notering på Oslo børs på listen for små og mellomstore selskap. Etter tap i 1998 tjener nå Profdoc igjen penger. I 1. kvartal 1999 hadde Profdoc en omsetning på NOK 18,2 Mill. (opp 44% fra 1. kvartal 1998) og et resultat på NOK 2,1 Mill. Likviditeten oppgis som meget god med kontantbeholdning pr. 31/3 på

23 Mill. kr. Profdoc Group ASA har litt under 2000 aksjonærer. Torstein Tvenge eier nesten 40% av aksjene og hans bror Øystein Tvenge nesten 15%. Rosenlund-gruppen har også en større aksjepost i selskapet.

Profdoc's strategi er nå å være leverandør av journalsystemer til allmennpraktiserende leger, bedriftshelsetjenester, helsestasjoner og lignende virksomhet i Norge og Sverige. Dersom det finnes muligheter ønsker firmaet å etablere seg i tilsvarende markeder i andre land. Det satses mye på kvalitet, både når det gjelder produkter og tjenester.

Litt statistikk (alle tall ca. pr juni 1999)

Til sammen er det 2.000 leger som bruker Profdoc i Norge. Totalt har Profdoc over 10.000 brukere i inn- og utland.

Profdoc i Norge

Kommuneleger	Litt over 200 kontorer
Privatpraktiserende leger	650 kontor
Bedriftshelsetjeneste	250 enheter
Helsestasjoner	250 enheter

Profdoc Vision

Første Profdoc Vision installasjon var i 1995. Over 100 legekontor bruker i dag Vision Allmenn, og over 15 bedriftshelsetjenester bruker Vision BHT.

Profdoc i Sverige

Vårdcentraler	260 enheter med til sammen over 4500 brukere
Private leger	Over 100 enheter
Företagshälsövård	200 enheter med til sammen ca. 2000 brukere
Skolehelsetjenesten	270 enheter

Hva er bra med programmet slik det nå er?

Firmaet

Et så spesialisert bransjeprogram som EDB-journalen er, så er leverandøren og hvordan de prioriterer kontakten med brukerne essensiell. Programmet må baseres på brukernes behov, myndighetenes krav og fagmiljøenes anbefalinger. I perioden 1994-97 var det frustrasjon blant en god del brukere. Siden 1997 har det kommet nye eiere og ny ledelse. Mye av den opprinnelige filosofi med allmennbrukeren som sentrum har gjenoppstått. Det er i 1999 opprettet en referansegruppe med 4-5 leger og 2 medarbeidere. I tillegg har undertegnede vært engasjert som medisinsk faglig konsulent siden 1991.

Programmet

Profdoc Vision har forsøkt å forene brukernes ønske om enkelhet i bruk, med mest mulig fleksibilitet, sikkerhet og logisk oppbygging. Med sin kopiering av alle Windows-funksjonaliteter, er det raskt å lære, spesielt om man er kjent med bruken av Windows.

Programmet er en relasjonsdatabase basert på SQL teknologi, dvs at det fra arbeidsplassene sendes strukturerte spørsmål til den sentrale databasen. Dette gir større sikkerhet, entydighet, fleksibilitet og i alle fall i teorien mindre belastning i nettverket. Alle lister som for eksempel legemiddel-liste, postadresser, arbeidsgivere, lab-analyser etc er entydige definerte kataloger. Endrer en stor lokal arbeidsgiver adresse, er det nok å rette dette i arbeidsgiverregisteret, så blir den rettet hos alle pasienter vi har registrert med denne arbeidsgiver. Medisiner er kodet etter ATC-nummer, det er raskt å få opp alle synonympreparater, pakninger og priser. Ved CAVE-merking, vil dette gjelde alle med samme ATC-kode, eventuelt hele gruppen. Det er meget raske søkemuligheter. All innkommet korrespondanse scannes inn og finnes lett i et systematisert arkivbilde og hentes ved å klikke på linjen med den aktuelle avsender, diagnose og dato. Dataene lagres som tegn, de kan tas med over i en annen henvisning el.l. senere. Papirene makuleres og vi har sluttet å opprette papirjournaler på 99% av nye pasienter. Det sparte oss for innkjøp av nytt arkivsystem til 60.000 kroner.

Windows 32 teknologien er meget fleksibel. Den gir mulighet til å ha flere deler av journalen åpen samtidig, klippe og lime mellom disse, og vi kan også ha flere journaler åpne samtidig. Hver bruker kan lage sitt brukeropsett, for eksempel hvilke deler av journalen skal vises i åpningsbildet. Det er store muligheter for grafisk fremstilling av data og ganske snart blir det mulig å lagre bilder og lydopptak i journalen. Et fremtidshåp er at skjemaer lagres i maskinen og skrives fullt ut på laserprinter i nødvendig antall. Jeg har mer tro på denne løsningen enn universal helseblankett, da skjemaene inneholder nødvendig opplysninger og veiledninger for lege og pasient. Dagens Profdoc Vision er raskt å bruke, det kan brukes med eller uten mus. Det gir gode oversikter og ved hjelp av makroer og favoritter kan henvisninger og pasientbrev utfylles svært raskt. Det er et imponerende utvalg av muligheter, samtidig er oversikten beholdt. Brukeren velger selv hvilke muligheter han vil ta i bruk. Noen rutiner bør forbedres, bla. raskere signering av lab-svar, notat og korrespondanse.

Opplæring og utvikling

De fleste leger vil helst ha et EDB program som gjør jobben uten å kreve noe av dem. I dagens samfunn er nok dette en ønskedrøm. Realiteten er at vi får stadig flere skjemaer og

krav, mer å holde oversikt over. EDB er verktøyet som de fleste ser er uunnværlig for å overleve i praksisen. Mine råd er: Ta dette verktøy på alvor. Invester i den maskinvare som er nødvendig, den opplæring som er nødvendig og utpek de ansvarlige (lege og medarbeider) og gi de arbeidsmuligheter til å gjøre det arbeidet som skal avlaste de øvrige på kontoret. Inngå avtale med kyndig firma om service og sikring av utstyrets kvalitet. Dette er planlegging, ledelse og kvalitets-sikring. Gevinsten er raskere service til publikum, sikrere dokumentasjon, bedre økonomi, bedret pasientsikkerhet og mindre frustrasjoner for lege og medarbeidere. Som ekstra

bonus kan du ta ut rapporter, evaluere din praksis, gjøre praksissammenlikninger og mye annet morsomt og lærerikt.

EDB journalen har blitt uunnværlig for de fleste allmennleger i løpet av de 20 årene som har gått. For å utnytte de faglige og praktiske muligheter som finnes, er vi avhengig av brukere som vil bruke av sin tid på den videre utviklingen av programmene. Det bør videreutvikles et samarbeid mellom legeförening, universitet og enkeltprogrammenes brukergrupper.

En kort presentasjon av Legedata AS (WinMed):

Legedata AS ble etablert i august 1993 med siktemål å utvikle Norges beste Windowsbaserte journalsystem for allmennpraktiserende leger. Målsettingen var at innen ett år skulle programmet være operativt og inneholde de samme funksjonene som man fant i konkurrerende systemer, men på en bedre måte.

De kriterier som ble lagt til grunn for utviklingen av programmet var:

- Brukernes behov skulle styre utviklingen
- Programmet måtte inneholde de krav/retningslinjer som settes av myndigheter og fagmiljø
- Fleksibel utforming
- Brukerorientert, ikke teknologistyr
- Raskt og effektivt i bruk

Kravspesifikasjonene ble utarbeidet av lege Asle Helgeheim, og programmeringen ble utført av Truls Skau og Rune Nergård samt en innleid konsulent.

Første betalende kunde av Legedata WinMed journalsystem ble registrert i februar 1995, og siden da har all utvikling vært basert på ønsker fra kundene til dagens versjon av WinMed Allmenn (versjon 1.4).

Etter den første lanseringen av allmennversjonen startet arbeidet med å utvikle et spesielt program for bedriftshelsetjenesten og for helsestasjoner. Legedata WinMed Bedrift er fortsatt under utvikling og vil bli kommersielt tilgjengelig i løpet av høsten 1999. Legedata WinMed Helsestasjon er nå ferdig utviklet og kommersiell lansering er startet, og en rekke kommuner har kjøpt programmet og flere andre har meddelt sin interesse.

Basert på allmennprogrammet er det også lansert enkelte spesialistversjoner, bl.a. Legedata WinMed Gyn. Det er imidlertid ikke noe uttalt mål i Legedata AS om å utvikle for mange avarter av programmet, men heller utvikle basisprogrammene videre i nært samarbeid med bru-

kerne. Dette medfører at det vil bli lansert en ny versjon årlig med tilhørende dokumentasjon.

Fra den første kunde i februar 1995 har utviklingen gått raskt, og pr. juli 1999 består kundeporteføljen av ca. 435 legekontorer. Hele 60% av våre kunder er brukere som har konvertert fra konkurrerende systemer, og vi har utviklet konverteringsprosedyrer for alle våre viktigste konkurrenter. Dette har medført et sterkt behov for flere medarbeidere til opplæring og brukerstøtte, og organisasjonen teller nå 17 personer.

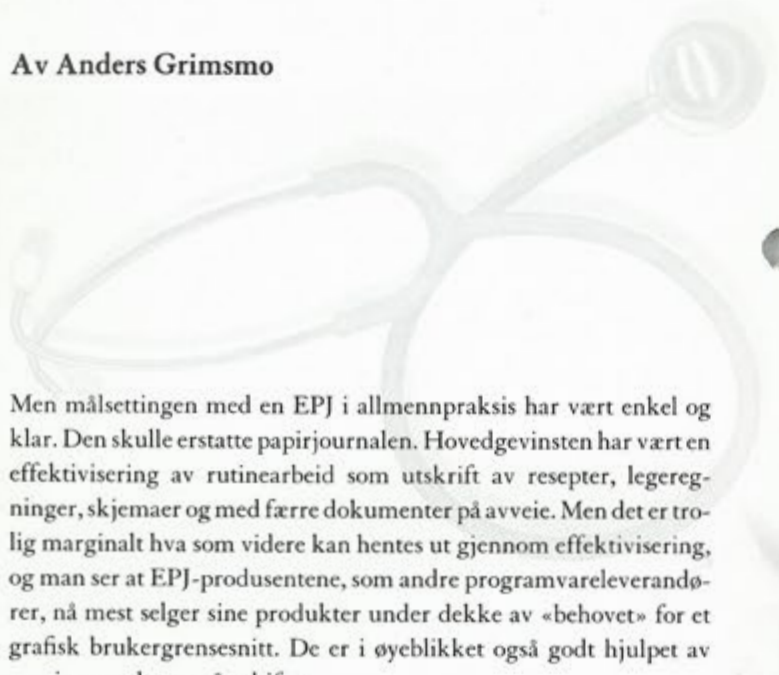
Vår opplæringsavdeling som ledes av Jan Erik Ulvmoen, driver en omfattende opplæringsvirksomhet ute hos den enkelte kunde når programmene skal tas i bruk. Vi anbefaler to dagers opplæring for å få full nytte av programmenes muligheter. Vi har et eget kursrom med 10 elevplasser i våre lokaler i Nydalen. Her arrangeres fordypningskurs i programmene, superbrukerkurs for større legekontorer, Windows grunnkurs, samt spesialkurs etter kundenes ønsker. Dette tilbudet er blitt svært godt mottatt, og alle våre kurs som hittil er annonsert er fulltegnet. Vi vil imidlertid øke kursfrekvensen i løpet av høsten 1999 og våre kunder vil bli holdt orientert om tilbudene.

Våre produkter er konstruert med sikte på å takle år 2000 problematikken, og vi har tilbudt våre brukere en total gjennomgang av den maskinvare og supplerende programmer som det enkelte legekantor benytter for å sikre at det ikke vil oppstå problemer etter århundreskiftet. Legedata ServicePartner AS er et heleiet datterselskap av Legedata AS og leverer maskinvare og foretar serviceoppdrag hos våre kunder. Denne avdelingen holder til på Gvarv og Arild Lindheim og Geir Sleveland dekker både salg og service.

FAG eller TEKNOLOGI

Innføringen av elektronisk pasientjournal (EPJ) i allmennpraksis har vært en suksess. Selv den kraftigste markedsføringen av legemidler har aldri noen gang «frelst» så mange på så kort tid. Man kan derfor trygt rose programvareleverandørene for den jobben som de har gjort. Dette må også ses i lys av at myndighetene har bevilget mange titalls millioner til IT-prosjekter i sykehusene og omtrent null til allmennlegestjenesten.

Av Anders Grimsmo



Men målsettingen med en EPJ i allmennpraksis har vært enkel og klar. Den skulle erstatte papirjournalen. Hovedgevinsten har vært en effektivisering av rutinearbeid som utskrift av resepter, legeregninger, skjemaer og med færre dokumenter på avveie. Men det er trolig marginalt hva som videre kan hentes ut gjennom effektivisering, og man ser at EPJ-produzentene, som andre programvareleverandører, nå mest selger sine produkter under dekke av «behovet» for et grafisk brukergrensesnitt. De er i øyeblikket også godt hjulpet av magien rundt tusenårsskiftet.

Står vi ved et veiskille? Noen hevder at den medisinskfaglige utviklingen av EPJ har stoppet opp fordi allmennlegene er satt på sidelinjen av programvareleverandørene. Vi mangler faglige modeller for hva som skal bli de neste generasjonene av EPJ og vil risikere å få en utvikling som i hovedsak er teknologistyrte. Journalen vil bli utstyrt med internettmuligheter, e-post, fancy grafikk, hyperlinkfunksjoner etc, men i kjernen fortsatt en kopi av papirjournalen med en nesten like rigid arkitektur og struktur som denne.

Hva er behovene?

Svaret på dette spørsmålet er ikke enkelt. Først og fremst viser det seg at det kan være en vesensforskjell på hva allmennlegene sier de ønsker og hva de reelt kommer til å begynne å bruke (egentlig har behov for). Det tror jeg programvareleverandørene for lengst har erfart. Henvendelser til brukergrupper og enkeltleger avslører at uttrykte behov i stor grad bygger på anekdoter og individuell erfaring. I de få tilfellene man har gått systematisk frem og spurt klinikkere om hvordan de arbeider og hva de ser som behov, har erfaringen vært at de ofte ikke vet hva de ønsker. I beste fall har det vært konserverende meninger hvor papirjournalen er lett å gjenkjenne som modell.

En medisinsk faglig utvikling av EPJ må ta utgangspunkt i overordnede faglige behov og i første omgang være frigjort fra hva som er teknologisk mulig – for det vet vi lite om. Da kan vi kanskje også greie å fri oss fra våre arbeidsformer og tenkemåter som er preget av papirjournalens begrens-

i Norge som er tverrfaglige og som kan ligge i forkant, som kan utvikle og eksperimentere med modeller, kartlegge informasjonsbehovene og evt. studere virkningene, før det blir produkter. Dette har sykehusene fått store summer til, men ikke primærhelsetjenesten.

– hva blir utviklingen VIDERE?

ninger. Men jeg skal ikke underslå at nye teknologiske muligheter har drevet frem behov som ikke var til stede i papirjournalens dager. Flere er etter hvert kommet frem til at undersøkelsesmetodene man bør bruke, er ikke-deltagende observasjon i klinikken med en kvalitativ tilnærming, som kan karakterisere kliniske beslutningsprosesser slik de virkelig foregår, kombinert med kognitiv psykologi og systemtenkning (1,2,3,4). Men det finnes få slike undersøkelser knyttet til utviklingen av EPJ.

Utfordringene vedrørende fremtidens EPJ kan formuleres som i fem hovedproblemstillinger:

- Hvordan lage en journal som gir bedre oversikt og er tilpasset allmennlegens arbeidsmetoder (en journal som er problem og prosess orientert)?
- Hvordan lage en journal som enkelt kan integrere tilgangen av handlingsprogrammer, prosedyrebeskrivelser og faglig informasjon generelt og kan representere tilfanget av informasjonen på en slik måte at allmennlegen raskt finner det han/hun trenger?
- Hvordan lage en journal som forhindrer at alvorlige feil blir begått og som sikrer oppfølging av påbegynt eller pågående arbeid?
- Hvordan lage journaler som bedrer kommunikasjon og samhandling i helsetjenesten?
- Hvordan lage en journal som kan legge et grunnlag for læring, kvalitetsutvikling og dokumentasjon ved tilsyn og gir et felles datagrunnlag for planlegging av tjenestene?

Men dette er selvfølgelig altfor løst formulert til at programvareleverandører vil se dette som «salgbart» og det er enda lengre frem til at en programmerer kan gripe fatt i oppgaven. Det dette åpenbarer er at vi trenger et eller flere miljø

En grunnleggende endring må til

Hvis man tar utgangspunkt i litteraturen og i aktiviteter i forskningsmiljøene internasjonalt, synes en felles hovedkonklusjon gå igjen: For å lykkes med målsettingene nevnt over må EPJ bli problemorientert.

En problemorientert journal er en journal som kan representere samlet den informasjonen som er knyttet til det problemet som legen og pasienten samarbeider om. Når legen slår opp/velger problemet, presenteres journalnotater og prosesser (laboratorieprøver, resepter etc.) som hører til problemet, og ny informasjon som legen legger til eller kommer fra eksternt hold (epikriser, laboratoriesvar) blir entydig knyttet til problemet. Journalsystemet vil først da kunne gi oversikt og gjenspeile dynamikken i forløp slik at man ser problemene allmennpraksis – i henhold til trinnet man er kommet til i prosessen, hvilke relasjoner som evt. gjelder mellom registrerte problemer (hva som er sideordnede problemer hos pasienten, bidiagnoser, presentasjonssymptomer, følgetilstander), etc.

De fleste av dagens journalsystemer har en «nøkkel» som ved lagring knytter data til person, lege, tidspunkt som standard. I en problemorientert journal må nøkkelen bli utvidet til også å gjelde problemet (diagnosen) (5, 6, 7, 8). Dette er blitt løst ved hjelp av en såkalt problemliste (til dette er ICPC godt egnet) og metoder for registrering av omsorgsperioder (episodes of care). (9, 10, 11, 12). Dette lar seg gjøre uten å påføre allmennlegen et rigid system for journalføring og merarbeid. Tvert om viser det seg at en problemorientert journal både er mer effektiv og gir høyere kvalitet (13, 14, 15).

Det er ikke noe langt sprang å gjøre dagens journalsystemer i Norge om til problemorienterte journaler, men det krever

en orientering i tenkemåter som er noe forskjellig fra papirjournalens kronologiske bokføringssystem.

Journalen er vårt viktigste arbeidsredskap. EPJ vil etter hvert få langt flere funksjoner enn papirjournalen og også inneholde kunnskap om prosesser. Den brukes omtrent av alle, men det er få allmennleger som har engasjert seg i utviklingen. Norges forskningsråd har de siste årene utlyst både stipendier og prosjekter. Bare én allmennlege har grepet sjansen. At millionene har gått til sykehusene er derfor i stor grad også selvforskyldt. Det er generelt et skrikende behov for medisinerne som vil engasjere seg i informasjonsvitenskap/teknologi, og det må til skal utviklingen videre skje på våre (faglige) premisser. Dette er grunnleggende endring nummer to som må komme.

Referanser

- Smith R. What clinical information do doctors need? *BMJ* 1996; 313: 1062-8. (BMJ)
- Coiera E. Guide to medical informatics, the internet and telemedicine. London: Chapman and Hall, 1997. (<http://www.coiera.com/>)
- Heathfield H, Pitty D, Hanka R. Evaluating information technology in health care: barriers and challenges. *BMJ* 1998; 316: 1959-61. (BMJ)
- Berg M. Medical work and the computer-based patient record: a sociological perspective. *Methods Inf Med* 1998 Sep;37(3):294-301. (Medline)
- Linnarsson R, Nordgren K. A shared computerbased problem-oriented patient record for the primary health care team. *Medinfo* 1995; 8: 1663. (Medline)
- Romeu J, Sotos F, Ros L, Ortiz A. Health record problem-oriented information system. *Medinfo* 1995; 8: 297. (Medline)
- Metsemakers JF, Knottnerus JA, van Schendel GJ, Kocken RJ, Limonard CB. Unlocking patients' records in general practice for research and quality assurance: the Registration Network Family Practices. *Int J Biomed Comput* 1996; 42: 43-50. (Medline)
- Grimsmo A, Hagman E, Lorentzen EF, Matthiessen L, Njålsson T. Patients, diagnosis and activities in general practice in the Nordic countries. In: Health statistics in the Nordic countries 1996. Copenhagen: Nordic Medico-Statistical Committee, 1998; 173-210.
- Lamberts H, Hoffmans-Okkes I. The core of computer based patient records in family practice: episodes of care classified with ICPC. *Int J Biomed Comput* 1996; 42: 35-41. (Medline)
- Wingert TD, Kralewski JE, Lindquist TJ, Knutson DJ. Constructing episodes of care from encounter and claims data: some methodological issues. *Inquiry* 1995-96 Winter;32(4):430-43 (Medline)
- Claus PL, Carpenter PC, Chute CG, Mohr DN, Gibbons PS. Clinical care management and workflow by episodes. *Proc AMIA Annu Fall Symp* 1997;91-5. (Medline)
- Kristensen FB, Kelstrup J, Kohlbaug C, Lassen LC. Computer-based longitudinal recording of episodes of care in general practice using the International Classification of Primary Care (ICPC). Perspectives for audit and quality assessment. *Scand J Prim Health Care Suppl* 1993;1:53-6. (Medline)
- Valenza JA. Medical risk report: Improving patient management and record keeping through a problem-oriented approach. *J Gt Hous Dent Soc* 1994; 65: 46-8. (Medline)
- Salmon P, Rappaport A, Bainbridge M, Hayes G, Williams J. Taking the problem oriented record forward. *Proc AMIA Annu Fall Symp* 1996;463-7. (Medline)
- Bassoe C-F. Datahygiene. Sikring av data, forebygging mot feilaktig eller uhensiktsmessig informasjon og høy kvalitet på kommunikasjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 252-5.

Forfatteradresser:

Toralf Hasvold
professor
Toralf.Hasvold@ism.uit.no
Institutt for Samfunnsmedisin
Uiiveritetet i Tromsø
Tlf 77 64 53 09

Fredrik Langballe
kommunelege
fredlang@norconnect.no
Feltspatv. 26
2830 Raufoss
Telefon: 6119 24 90
Mobiltelefon 9001 15 01

Steinar Fosse
allmennpraktiserende lege
steinar.fosse@isf.uib.no
Søråshøgda 43
5046 Rådal
Telefon: 55 91 62 98

Anders Grimsmo
kommunelege
Anders.Grimsmo@medisin.ntnu.no
6650 Surnadal
Telefon: 71 66 11 72

John Leer
allmennpraktiserende lege
john.leer@isf.uib.no
Legesenteret i Florvåg
5305 Florvåg



Einar Braaten:

Jeg var ferdig utdannet lege i 1984.

Bedriftslege i Kongsberg kommune fra 1986, konstituert helsesjef samme sted fra 1989, fast ansatt fra 1990.

Engasjert samfunnsmedisiner med spesiell interesse innen tverrfaglig samarbeid, administrasjon og ledelse, miljørettet helsevern, planlegging og utvikling av tjenester. Meget opptatt av legers manglende interesse i samfunnsmedisin men er ikke spesialist selv.

Er datafrelst og flittig bruker av Eyr og Internett ellers. Har laget Kongsberg kommunes og Helsetjenestens hjemmesider. Fra 1/11 ansatt i Helsetilsynet for å arbeide med nettopp det arbeidsområdet jeg har kritisert! Vil da jobbe i et prosjekt for å utvikle Helsetilsynets rådgivingsoppgaver.

Helsetilsynet:

Revisjon eller veiledning – eller begge deler?

Av Helsesjef Einar Braaten

I den seinere tid har jeg oppdaget at jeg har endret holdning til Helsetilsynet! Kort og brutalt kunne jeg sagt at jeg er brakende uenig i den revisjonslinje «Tilsynet» har lagt seg på seinere år. Det ser flott og kraftig ut, men ganske så unyansert, så jeg vil glede meg over å få lov til å fylle litt spalteplass i Utposten med et innlegg med bekymring for den utvikling vårt Statlige Helsetilsyn er inne i.

Du må vite hvem jeg er:

- Heltids kommunelege /helsesjef i en middelstor østlandskommune med en sterk oppfatning av at
- Alt som skjer i vårt land skjer i en kommune og
- At Statlige organer er til for å tjene oss i kommunene ikke omvendt
- Jeg mener den beste måten å forbedre tjenester på er å motivere dens arbeidere
- Og at utvikling ikke skjer gjennom retningslinjer men gjennom å tørre noe nytt.
- Samtidig aksepterer jeg også behovet for kvalitetssikring av de tjenestene vi yter.

Jeg opplever at min jobb, som samfunnsmedisiner ute i den virkelige verden i en kommune er en vanskelig, ensom og krevende jobb. (Jeg kunne jo skrevet spennende, utviklende og givende jobb, men altså...) Jeg har en jobb som jeg opplever som viktig for vårt samfunn og jeg har stort behov for å kunne innhente råd, støtte, veiledning og kanskje forståelse(?). Jeg vil påstå at Helsedirektoratet og fylkeslegene fylte en slik rolle før, men...

Jussen har «inntatt» Helsetilsynet!

Jeg tenkte alltid på denne Statlige Instansen som et kompetansested hvor vi kunne få VEILEDNING fram til en bedre faglig utførelse av vårt

arbeid. Nå står det REVISJON med store bokstaver under Helsetilsynets logo.

Fagutviklingen skjer nå hovedsakelig gjennom en strøm av skriftlige veiledere og retningslinjer. Jeg opplever at det er stor avstand mellom den faglige virkelighet som konstrueres på papirutsendelsene fra «Tilsynet» til den vi lever i. Strømmen av faglig oppdaterte og gode veiledere gir en vond smak av avmakt i en hverdag preget av dårlig kapasitet og dårlig økonomi.

Økonomisk satsing innen statlige organer (les fylkeslege og tilsyn) gjør seg til kjenne med flere saksbehandlere med arbeidsfelt ute i kommunene. Flere kurs og flere oppfølginger skaper mer arbeid og gir mindre tid til oppgaver vi allerede dekker dårlig.

Du har kanskje lagt merke til at jeg kaller det «Tilsynet»? Jeg opplever at Helsetilsynet har gjort et valg, eller kanskje departementet? Valget falt på kontroll, revisjon og sentral oppbygging

Sånn er det jo i samfunnet vårt i dag, innen de fleste områder faktisk! Vi sliter i hvert fall ikke med å måtte akkreditere våre tjenester enda! Jeg mener allikevel at dette ikke er eneste veien. I vårt arbeid med andre mennesker vil jeg hevde med klar og tydelig stemme at dette IKKE er veien alene! Jeg mener det er grunnleggende viktig å ta vare på en av hovedmotivasjonene til å bli lege, og å gjøre en god jobb; nemlig at vi ønsker å hjelpe andre mennesker best mulig.

Revisjon og juss eller veiledning og utvikling?

Jeg opplever at Helsetilsynet sammen med fylkeslegeembetene er blitt et sterkt tilsynsorgan. Som kommunelege ute der hvor de fleste nordmenn bor opplever jeg for tiden et meget sterkt press på NOK HELSETJENESTER. Jeg vil påstå at de som bebor kommunene er mest opptatt av å få helsetjenester når de trenger det og slett ikke har problemer med kvaliteten. Jeg tror folk ønsker nok kapasitet OG å vite hva vi kan gi. (markedet krever NOK av den varen vi vil selge dem.....)

Jeg opplever at statens måte å møte de problemene som oppstår når vi ikke har kapasitet nok, er å øke kravet til dokumentasjon på at vi yter god nok kvalitet, samtidig som faglig «riktig» nivå og innhold pålegges gjennom veiledninger og retningslinjer.

Jeg tror slett ikke dette er hensikten til mange av de som jobber i Helsetilsynet, men resultatet av den «helsepolitikk» departementet og Helsetilsynet driver blir slik når den sumeres.

Jeg mener kommune-Norge ville vært langt mer tjent med sentrale instanser som kan fungere som rådgivere, praktiske veiledere, hjelpere til å løse problemer og være databank for «gode løsninger». Kan et tilsyn som er så revisjonsorientert som Helsetilsynet være det? Ja, sier jeg, men jeg er også klar over at innen mange andre deler av samfunnet er det problematisk å både kunne gi råd i en situasjon for i neste omgang gå inn å dømme om hva som er rett og galt i samme situasjon. Juridiske forhold, habilitetsforhold og faglig vektlegging må avklares, tydeliggjøres og legges inn i premissene for både rådgiving og revisjon. Vi må tørre å stille spørsmål om samme tjeneste kan inneholde begge deler for å måle dette opp mot en deling av tjenesten i to tydelige deler: Statens Helserevisjon og Statens Helse-rådgiving

Kontroll versus fagutvikling?

Som helsesjef i en kommune som for tiden får smake sterke innstramminger stiller jeg meg litt undrende til hvor liten forståelse det virker som sentrale myndigheter har for problemene vi har ute i kommunene. Vårt problem er enkelt; vi har enten for få fagfolk eller ikke råd til å ansette dem.... Vi trenger sterke faginstitusjoner som hjelper oss med å utvikle fag, metode og organisasjon fra det nivå det allsidige kommune Norge har. Med det mener jeg f.eks at vi ikke trenger å pålegges å dokumentere det arbeidet vi har gjort, men hjelp til å utvikle en organisasjon som kan takle dårlig tilgang på fagfolk, best mulig utnyttelse av dem samtidig som de får en interessant jobb!

Vi trenger et departement som styrer penger til utvikling UTE i kommunene. Hvis vi ikke har råd til å ha sterke sentrale institusjoner så bør vi innse at vi må satse pengene der hvor de gir mest nytte, nærmest brukeren. Slank sentrale institusjoner, gi pengene rett ut i kommunene uten å ørmerke dem til detaljpesifiserte tiltak som «tiltak for alvorlig psykotisk syke». Styrk heller *hele* helsetjenesten.... Brukerne vil kreve at vi overholder faglige retningslinjer, kommunene kan også i langt større grad legge inn krav til faglig god drift, uten at vi har en sterk statlig kontroll.

Kvalitetskontroll er et like viktig begrep, men må komme som en del av en oppbygging av tjenesten. Det vil alltid være mer viktig å bruke tid på grundig medisinske undersøkelser av pasienter enn å bruke tid på å dokumentere at man ikke har hatt tid til å være grundig nok!

Jeg opplever at legetjenesten i Norge har gjort lite for å utvikle seg selv siden 1984. Trist nok er det økonomiske forhold som utvikler tjenesten i landet vårt, i mindre grad faglige vurderinger i vår egen stand! Allikevel mener jeg at å lykkes innen faget gir en langt større trygghet for pasien-

tene enn å kontrollere at man har oppfylt sentralt lagde faglige retningslinjer!

– hva så da?

Delt eller helt

Kontroll og tilsyn

Eller

Utvikling og vidsyn

Eller

Alt dette på et felt?

Min første tanke har vært at vi gjerne kan ha et Helsetilsyn, men la det være bare revisjon, kontroll og juss så vi veit at det er dette det står for, bland det ikke med veiledning og fagutvikling innen helsefag. La Helsetilsynet bli en del av departementet og la Helsedirektoratet igjen oppstå som et sterk faglig institusjon som spiller i nært samarbeid med forskningsinstitusjonene, universitetet, Folkehelse og andre! Med så mange flinke fagfolk som sitter her må vi bruke de ressursene på noe bedre enn det de nå viser!

Hvis ikke vi får til en endring hvor statlige institusjoner innretter sitt arbeid til det nivå vi har ute i kommunen lager vi et klaseskille hvor statlige ansatte i sine marmorbygninger overlesser kommuner i dårlig vedlikeholdte trehus med ubrukelige veiledninger, retningslinjer, lover og pålegg.

Du tror kanskje jeg ønsker Helsetilsynet bort fra vår hverdag? Nei, jeg er tvert imot interessert i at dette «Tilsynet» igjen endrer navn, eller i hvert fall innhold, og velger en helt ny vei. Jeg tenker meg en tjeneste som arbeider med utvikling av fag, metode og organisasjon innen helsevesenet i Norge *sammen* med oss. Delt eller helt; dette «Nye Helsetilsynet» må sammen med departementet vise utad at hovedmålet er å hjelpe helsevesenet her ute i å løse sine oppgaver på best mulig måte. Jeg ser av utlysning i Tidsskriftet at Helsetilsynet selv ønsker å jobbe med denne problemstillingen. Om prosjektet vil klare det er først og fremst avhengig av hva ledelsen i Helsetilsynet og departementet vil. De som vil merke effekten av prosjektet er uansett vi som jobber her ute i Virkeligheten..

Revisjon eller veiledning, eller begge deler?

Svar på innlegg i Utposten

Av helsedirektør Anne Alvik

I dette nummeret av Utposten reiser Einar Braaten en rekke prinsipielle spørsmål knyttet til den rolle Statens helsetilsyn har. Slik vi forstår Braaten er han bekymret for at Helsetilsynet har beveget seg bort fra en rådgivnings- og veiledningsrolle og over mot det han kaller en «revisjonslinje». Braaten reiser også en diskusjon om statlig styring kontra lokalt selvstyre.

I tråd med Lov om statlig tilsyn (tilsynsloven) skal Statens helsetilsyn fortsatt ivareta rådgiverfunksjonen så vel som til-

synsfunksjonen. Utfordringen er å utføre begge disse funksjonene på en måte som tjener utviklingen av norsk helse-tjeneste, uten at de kommer i konflikt med hverandre.

Statlig styring og kommunalt selvstyre

Braaten er uenig i at staten skal gi for sterke føringer til kommunene gjennom handlingsplaner, retningslinjer og øremerkede midler. Det er Stortinget som gjennom lovregulering og budsjettvedtak setter rammer og legger hovedprinsipper for det kommunale selvstyret. Innenfor disse rammene utformes helsepolitikken i hovedsak i Sosial- og helsedepartementet. Statens helsetilsyn er som kjent et forvaltningsorgan, og må forholde seg til de beslutninger som fattes av Stortinget, Regjeringen og av overordnet departement.

Faglig forsvarlighet

Helselovgivningen formulerer samfunnets krav til helsetjenesten på vegne av brukerne. Den setter rammer for helse-tjenesten og helsepersonell. Kravet om faglig forsvarlighet

står sentralt i helselovgivningen. Det er det enkelte helsepersonells ansvar å utøve sitt fag slik at det er faglig forsvarlig. Likeledes har helsetjenesten et ansvar for å organisere sine tjenester slik at en sikrer at pasientene får en faglig forsvarlig behandling. Helsetilsynet og fylkeslegene skal påse at helselovgivningen følges – både av det enkelte helsepersonell og av den ansvarlige for virksomheten i helsetjenesten. Innholdet i forsvarlighetskravet kan ikke defineres uten helsefaglig kompetanse. Tilsyn krever derfor kompetanse på helselovgivning så vel som helsefag. Å sette helsefag og juss opp mot hverandre blir meningsløst dersom man aksepterer at samfunnet benytter lover og forskrifter som en måte å styre helsetjenesten på.

Internkontroll og systemrevisjon

Tilsynsloven krever at helsetjenesten skal ha internkontroll. Internkontroll innebærer litt forenklet at helsetjenesten skal være organisert på en slik måte at ansvarlige for tjenesten vet hvilke krav lovgiver stiller og at disse oppfylles. Internkontroll som fungerer innebærer at en virksomhet systematisk lærer av egne feil og benytter disse i sitt forbedringsarbeide. Det stilles krav til at helsetjenesten kan dokumentere sitt internkontrollsystem. Internkontroll er kvalitetssikring i praksis. Hvordan helsetjenesten organiserer seg for best å kunne møte disse kravene er det ikke tilsynsmyndighetens oppgave å bestemme.

Den metoden fylkeslegene ofte benytter ved tilsyn med virksomheter i helsetjenesten kalles systemrevisjon. Gjennom systemrevisjoner sjekker fylkeslegene om virksomhetene har et internkontrollsystem og om dette fungerer i praksis. Vi oppfatter at Braaten er enig i at virksomhetene bør ha en form for internkontroll, men at han er uenig i at det krever et statlig tilsyn når han sier: «kommunene kan også i langt større grad legge inn krav til faglig god drift, uten at vi har en sterk statlig kontroll». Vår erfaring er dessverre at mange i helsetjenesten ennå ikke har den egenkontrollen som også Braaten etterlyser. Det er det en tilsynsoppgave å følge med i. Erfaring fra tilsynsvirksomhet har da også vist at Braaten tar feil når han hevder at brukerne av helsetjenesten slett ikke har problemer med kvaliteten. Mange steder gjøres det en god jobb, men andre steder er det ikke bra nok, og det er da tilsynsmyndighetens oppgave å påpeke dette.

Tilsyn og rådgivning

Braaten er opptatt av tilsyn og rådgivning og hevder at disse to rollene ikke lar seg forene. Stortinget drøftet Helsetilsynet og fylkeslegenes oppgaver i 1992, og gikk da mot departementets forslag om opprettelse av et frittstående faglig kompetansesenter. Stortinget bestemte at Statens helsetilsyn skal ivareta flere, til dels ulike oppgaver. Det er riktig at dette reiser en del prinsipielle problemstillinger. Tilsyn er kon-

troll. Vi kan påpeke mangler gjennom tilsyn, men det er virksomhetene selv som skal anviser løsningene. Eventuell rådgivning må gis slik at det ikke oppfattes som at ansvaret for løsningene ligger hos oss. Fylkeslegene og Helsetilsynet er ofte i dialog med helsetjenesten, helsepersonell, kommuner og fylkeskommuner der rådgivning og veiledning står sentralt. Erfaringer fra tilsyn gir god kunnskap om helsetjenestens utfordringer og er kunnskap som tilsynsmyndigheten bruker i rådgivning og veiledning. Rådgivningen må imidlertid utføres slik at den ikke kommer i konflikt med tilsynsrollen.

Rådgivningsprosjektet

I tråd med Stortingets sterke fokusering på tilsynsrollen har Helsetilsynet siden opprettelsen i 1994 prioritert en faglig utvikling av denne rollen, blant annet for å sikre at tilsyn utøves likt i hele landet. Det er nå tid for å se nærmere på vår rådgiverrolle. I inneværende år har vi derfor startet et rådgivningsprosjekt som skal se på hvordan Statens helse-tilsyn og fylkeslegene best kan gi råd til helsetjenesten, politiske myndigheter og befolkningen. Prosjektet skal avklare vår rådgiverrolle og skal utvikle bedre og mer effektive metoder i Helsetilsynets og fylkeslegenes arbeid med å stimulere helsetjenesten til å tilby faglig, gode tjenester.

Dialog

For at tilsynsmyndigheten skal være i stand til å utføre sin jobb på en god måte, er dialogen med fagmiljøene essensiell. En løpende kontroll og tett dialog med helsetjenesten kan komme i konflikt med prinsippet om at det er helsetjenesten selv som har driftsansvaret. Dialogen bør derfor fortrinnsvis skje som en strukturert planlagt dialog eller som et samarbeid om utarbeidelse av faglige standarder.

Fylkeslegene skal fange opp det som skjer lokalt. Denne informasjonen blir analysert i Helsetilsynet, som gir råd til de politiske myndigheter. Både rådgivning og tilsyn blir således en toveisprosess, der tilsynsmyndigheten og helsetjenesten har ulike roller som gjensidig utfyller hverandre i arbeidet for trygge helsetjenester for pasientene og en god helsetilstand i befolkningen.

Utviklingen av vår tilsyns- og rådgivningsrolle og hvordan den statlige tilsynsmyndigheten skal kunne være kontrollør så vel som rådgiver overfor helsetjenesten er ikke ferdig. En kontinuerlig prosess i etaten bidrar til å utvikle begge rollene. Det er derfor nyttig med engasjerte aktører i helsetjenesten. Vi setter pris på Einar Braatens engasjement, og ser fram til å få han som medarbeider, etter at han nå er tilsatt som prosjektleder for Rådgivningsprosjektet.

ARTROSE



Ved behov!

Brexidol®

Piroxicam- β -cyclodextrin

C BREXIDOL «NYCOMED PHARMA»

Antiflogistikum, ATC-nr.: M01A C01

T DOSEPULVER 20 mg. Hvert dosepulver inneholder: Piroxicam - β -cyclodextrin, aeqv. piroxicam: 20 mg, Sorbitol 2,68 g, aspartam 15 mg, constit. q. s.

T TABLETTER 20 mg: Hver tablett inneholder: Piroxicam - β -cyclodextrin, aeqv. piroxicam: 20 mg, lactos: 102 mg, constit. q. s.

EGENSKAPER: Klassifisering: Ikke-steroid, antiinflammatorisk middel med analgetisk og antipyretisk effekt. Piroxicam danner et kompleks med β -cyclodextrin i molart forhold 1:2,5. β -cyclodextrin er et sykklisk oligosakkarid som gir substansen bedre løselighet og derved raskere absorpsjon. Virkningsmekanisme: Ikke helt klarlagt. Hemmer prostaglandinsyntesen. Hemmer hyperkontraktilitet i uterus ved dysmenoré. Absorpsjon: Etter enkelt dose på 20 mg oppnås vanligvis plasmakonsentrasjon på 1,5-2 μ g/ml i løpet av 15-30 min. for dosepulver og etter 30-60 min. for tablettene. Forsøk viser at 75% av forsøkspersoner oppnår fullstendig absorpsjon henholdsvis etter 15 min. for dosepulver og 30 min. for tablettene. «Steady-state»: Med 20 mg daglig vanligvis stabilisering på 3-8 μ g/ml etter 7-12 dager. Gis startdose på 40 mg første 2 dager, nås ca. 76% av «steady-state» etter annen dose. «Steady-state» konsentrasjon. AUC og halveringstid er for øvrig tilsvarende de som følger etter 20 mg daglig. Proteinbinding: Ca. 99%. Fordeling: Distribusjonsvolum ca. 120 ml/kg legemsvækt. Halveringstid: Ca. 50 timer. Effektive serumkonsentrasjoner opprettholdes hele døgnet med en dose daglig og er stabile ved langtidsbehandling. Metabolisme: I stor grad. Særlig ved hydroksylering og konjugering. Utskillelse: Mindre enn 5% er uforandret i urin og fæces.

INDIKASJONER: Reumatoid artritt, juvenil reumatoid artritt, mb. Bekhterev, artroser. Akutte inflammasjonstilstander i muskel-skjelettsystemet. Primær dysmenoré.

KONTRAINDIKASJONER: Aktivt ulcus pepticum og gastrointestinal blødning. Overfølsomhet for preparatet. Krysreaksjon med acetylsalisylsyre eller andre antiflogistika mulig. Skal ikke gis om disse har forårsaket symptomer på astma, nesepolypper, angioneurotisk ødem eller urticaria. Kontraindisert i 3. trimester. Dosepulver: Pasienter med fenyketonon pga. aspartam.

BIVIRKNINGER: Gastrointestinale (vanligst): Dyspeptiske plager som kvalme, epigastriske smerter, fordøyelsesbesvær, stomatitt. Gastrointestinal blødning, perforasjon og ulcus forekommer. Fatale tilfeller er rapportert med piroxicam. Sentralnervøse: Svimmelhet, hodepine, søvnløshet, depresjon, hallusinasjoner og parestesier er sett. Kardiokulære/renale: Palpasjoner, ødem, spesielt ankeldødem, reversibel forhøyelse av BUN og kreatinin er rapportert, hematuri. Dermatologiske: Kløe, utslett, fotoallergisk reaksjon, alopecia. Meget sjelden: Onycholyse, Stevens-Johnsons syndrom, toksisk epidermal nekrolyse (Lyells syndrom), vesicobullose reaksjoner. Hypersensitivitet: Anafylaktisk reaksjon, bronkospasme, urticaria/angioneurotisk ødem, vaskulitt og «serum sickness» er sett sjelden. Hematologiske: Reduksjon i hemoglobin og hematokrit ikke relatert til synlig gastrointestinal blødning. Trombocytopeni, ikke-trombocytopenisk purpura (Henock-Schönlein), leukopeni og eosinofili er rapportert. Meget sjelden aplastisk og hemolytisk anemi. Lever: Enkelte tilfeller av forhøyet transaminase-niva. Ikterus og hepatitt er rapportert. Øye/øre: Tinnitus. Hørselsnedsettelse i sjeldne tilfeller. Taketsyn og øyeeintasjon. Andre: Hypo- og hyperglykemi, neseblødning, dyspne er rapportert. Sjeldne tilfeller av positiv ANA-test.

FORSIKTIGHETSREGLER: Pasienter som har hatt peptisk mavesår eller alvorlig dyspepsi, må vurderes særskilt og kontrolleres jevnlig. Doser på 30 mg daglig eller høyere over lengre tid øker risikoen for gastrointestinale bivirkninger. Pga. nedsatt plateaggregasjon, samt interaksjon med ev. antikoagulantia og risiko for forlenget blødningstid, må piroxicam anvendes med forsiktighet hos pasienter med koagulasjonsdefekter. Antiflogistika kan forårsake reversibel nedsattelse av nyregjennomblodning og nyrefunksjon. Forsiktighet må utvises ved nedsatt nyrefunksjon og/eller hjertefunksjon, samt ved høy alder. Pga. piroxicams renale utskillelse bør lavere dosering vurderes ved nedsatt nyrefunksjon, og pasienten overvakes. Bør seponeres ved vedvarende økning i leverfunksjonsprover eller kliniske tegn på leversykdom. Ved synsforstyrrelser anbefales undersøkelse hos øyespesialist. Anbefales ikke til barn. Kan maskere infeksjon. Ut fra teoretiske betraktninger og studier over virkningsmekanismen for antiflogistika er det en mulighet for at behandling over lang tid kan forsinke tilhelingsprosesser, inklusive frakturlitelse. Det er videre mulig at artroser kan vise rask progresjon også under kontinuerlig behandling med antiflogistika.

GRAVIDITET/AMMING: Kontraindisert i 3. trimester. Teratogen effekt er ikke vist i dyreforsøk. Anbefales ikke til gravide eller kvinner under amming da sikkerheten under graviditet ikke er dokumentert. Overgang i morsmelk. Konsentrasjon i melken ca. 1-3% av konsentrasjon i serum.

INTERAKSJONER: Preparater med høy proteinbinding. F.eks. orale antidiabetika og antikoagulantia. Økte litiumkonsentrasjoner er rapportert. Cimetidin kan gi litt økning i absorpsjon. AUC og C-max av piroxicam. Interferens med diuretikas natriuretiske effekt. (I 50e anti-reumatika).

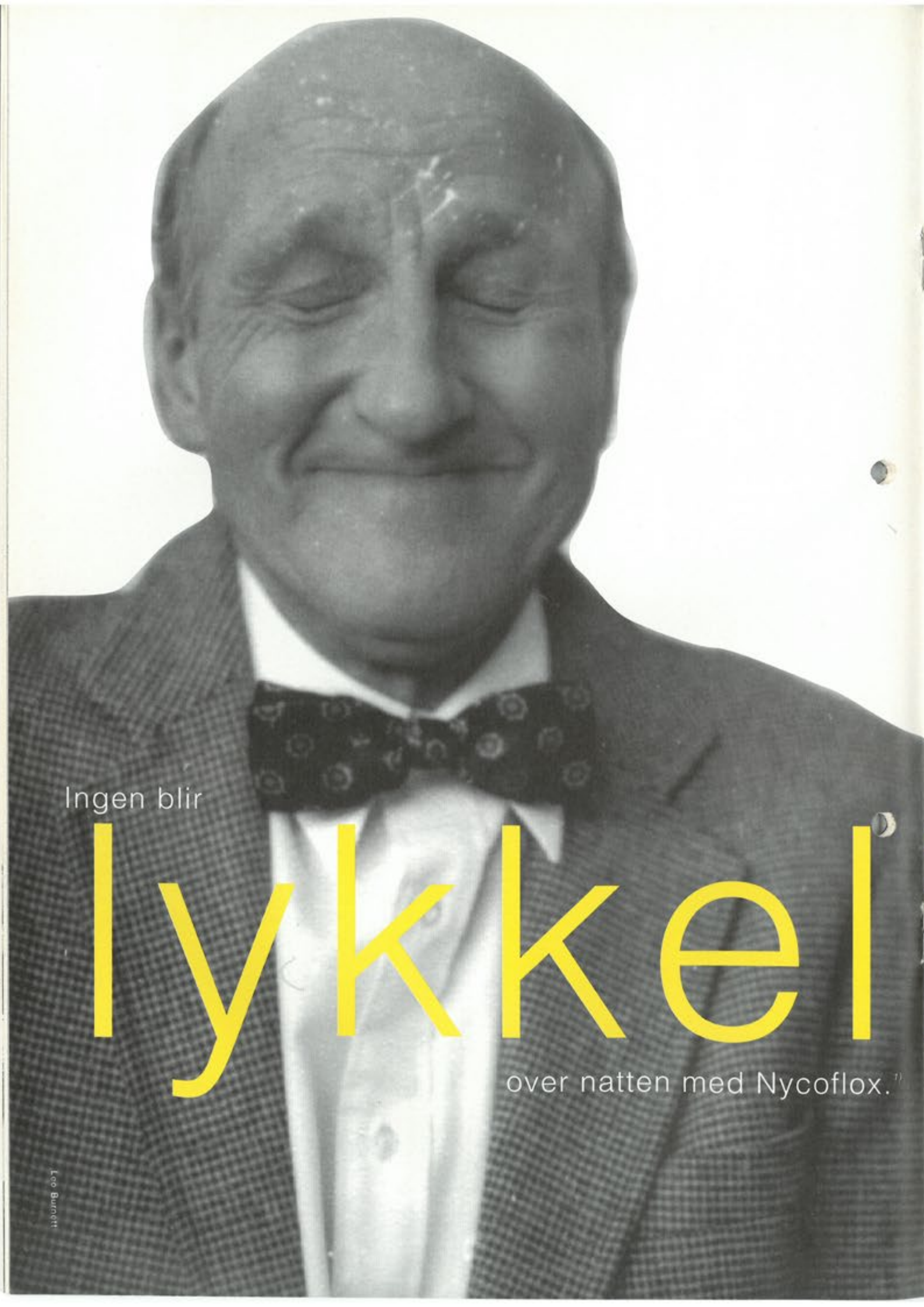
DOSERING: Doseringen er den samme for tabletter og dosepulver. Dosepulveret utføres i et 1/2 glass vann. Reumatoid artritt, mb. Bekhterev og artroser. Startdose og vanlig vedlikeholdsdose er 20 mg daglig, tatt som 1 dose. Noen pasienter kan forsøksvis få dosen redusert til 10 mg daglig, mens enkelte kan ha behov for opptil 30 mg daglig, som 1 eller 2 doser. Ved artrose bør behandlingen ikke gis kontinuerlig, men intermitterende, avhengig av pasientens plager (se Forsiktighetsregler). Juvenil Reumatoid artritt. Personer >46 kg: 20 mg. Dosen tas 1 gang daglig. Akutte inflammasjonstilstander i muskel-skjelettsystemet: Første 2 dager 40 mg daglig som enkelt eller delt dose. Deretter 20 mg daglig i 5-12 dager. Primær dysmenoré: Første 2 dager 40 mg tatt som 1 dose, senere om nødvendig 20 mg daglig. Behandlingen startes ved begynnelsen menstruasjonsbesvær.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Behandling Symptomatisk. Aktivt kull kan redusere absorpsjon og reabsorpsjon av piroxicam.

PAKNINGER OG PRISER: (Pr. 1,3; 99) Tabletter: Enpac: 7 stk. kr. 53,80, 20 stk. kr. 97,10.

Boks: 100 stk. kr. 294,80. Dosepulver 20 stk. kr. 97,10 T: 3; 17,35

NYCOMED PHARMA



Ingen blir

lykkei

over natten med Nycoflox.TM

Som for alle andre antidepressiva vil flere ukers behandling med Nycoflox være nødvendig før alle depressive symptomer er lindret.¹⁾

Det trengs imidlertid ingen dose-titrering med Nycoflox.

Startdosen på 20 mg/dag er i de fleste tilfeller den terapeutiske dosen.¹⁾

1) Stokes, Fluoxetine: A Five-Years Review, Clinical Therap. vol. 15, NO2, 1993.

C Nycoflox "Nycomed Pharma"

Antidepressivum. ATC-nr.: N06AB03

T KAPSLER 20 mg: Hver kapsel inneh.: Fluoxetin, hydrochlorid, aeqv. fluoxetin. 20 mg, laktose, color: titandioxid (E 171), gult og svart jernoksid (E 172), kinolingult (E 104), indigotin (E 132) et constit. q.s.
Indikasjoner: Depresjon. Tvangslidelser. Korttidsbehandling av bulimia nervosa i de tilfeller der pasienten ikke har hatt tilstrekkelig effekt av psykoterapi alene.

Kontraindikasjoner: Allergi mot innholdsstoffene. Behandling med MAO-hemmere.

Bivirkninger: Milde og oftest forbigående. Avtar som regel i løpet av de 2 første behandlingsukene.

Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, diaré, redusert matlyst, munntørhet.

Hud: Hudutslett, svettetokter. Neurologiske: Tremor, svimmelhet, nedsatt libido. Psykiske: Nervøsitet, insomnia, somnolens. Øvrige: Asteni. Mindre hyppige: Endokrine: Hypotyreose. Luftveier: Astmatiske symptomer.

Sirkulatoriske: Synkope, hjerterytmie (tachykardi). Urogenitale:

Urinretensjon, ejakulasjonsforstyrrelser, impotens.

Sjeldne (<1/1000): Endokrine: Hypertyreose, galaktori hos kvinner. Lever:

Hepatitt. Luftveier: Lungefibrose. Metabolske: Hyponatremi, hypokalemi.

Sentralnervesystemet: Ekstrapyramidale symptomer. Generelle: Serum sickness.

Forsiktighetsregler: Fluoxetin skal ikke gis samtidig med MAO-hemmere pga. risiko for utvikling av serotoninerg syndrom. Behandling med fluoxetin bør tidligst igangsettes 14 dager etter seponering av irreversible MAO-hemmere. For pasienter som har vært behandlet med mokolobemid kan fluoxetin behandling startes påfølgende døgn. Behandling med MAO-hemmere bør tidligst igangsettes 5 uker og tricykliske antidepressiva 3 uker etter seponering av fluoxetin.

Forsiktighet bør iakttas ved behandling av pasienter med ukontrollert epilepsi. For pasienter med nylig gjennomgått hjerteinfarkt eller ustabil hjertesykdom er preparatet ikke tilstrekkelig utredet. Forsiktighet bør utvises ved alvorlig nedsatt allmenntilstand og ved leversvikt eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Fluoxetin anbefales ikke til barn da effekt og sikkerhet ikke er tilstrekkelig dokumentert. Ved bulimia nervosa er klinisk effekt og sikkerhet heller ikke dokumentert for eldre over 65 år, eller ved behandlingstid utover 8 uker.

Som ved andre psykoaktive substanser bør det utvises forsiktighet ved bilkjøring og betjening av maskiner inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Generelt bør kombinasjonsbehandling med flere sentralnervøse virkende midler, inkl. alkohol, unngås så langt som mulig.

Graviditet og amming: Graviditet: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt og fluoxetin bør derfor ikke brukes under graviditet. Dyrestudier indikerer ikke fosterskadelige effekter. Amming: Fluoxetin går over i morsmelk, og bør ikke brukes under amming.

Interaksjoner: Fluoxetin har inhiberende effekt på cytokrom P-450 2D6 i leveren, og kan derfor hemme metabolismen og nødvendiggjøre dosejustering av enkelte andre legemidler. Fluoxetin har høy proteinbindingsgrad, og kombinasjon med et annet legemiddel med høy grad av proteinbinding kan føre til endring i plasmakonsentrasjon. Observer at fluoxetin gjennom sin langsomme eliminering kan forårsake interaksjoner i lang tid etter seponering. Se Interaksjonstabellen i Felleskatalogen (I: 111e psykoanaleptika, 114 e selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI), 115 e fluoxetin).

Dosering: Depresjon: 20 mg daglig. Gis om morgenen. For enkelte pasienter som ikke tåler 20 mg, kan dosen reduseres med økt doseringsintervall. Maksimum terapivir kan drøye i flere uker. Evt. dose-økning bør skje med flere ukers mellomrom. Bulimi: 60 mg daglig. Gis som engangsdose om morgenen. Ved plagsomme bivirkninger kan dosen forsesvis deles i en morgen- og en ettermiddagsdose. Dosetitrering kan vurderes ved alvorlig syke bulimi-pasienter (alvorlig nedsatt allmenntilstand, lav vekt eller elektrolyttforstyrrelser).

Begge indikasjoner: Maks. døgndose: 80 mg. Kapslene bør svelges hele.

Overdosering og forgiftning: Symptomer: Kvalme, brekninger, CNS-eksitasjon. Behandling: Intet spesifikt antidot. Symptomatisk behandling og medisinsk kull anbefales.

Pakning og pris: Kapsler 30 stk. enpac kr 140,20 100 stk. enpac kr 417,60
T: 18

NYCOFLOXTM
fluoxetin

En pasients reflek- sjoner omkring gentesting

Forfatteren av dette notatet ble for en tid tilbake genetisk testet.

Årsaken var flere tilfeller av brystkreft og ovariekreft i familien. Jeg er selv operert for brystkreft for flere år siden. Gentesten viste at jeg er bærer av et såkalt BRCA I gen – som gir meget høy risiko for utvikling av bryst eller ovariekreft. I forbindelse med gentesten har jeg vært til såkalt genetisk veiledning. Ved en tilfældighet har jeg også fått erfaring med genetisk testing og veiledning i USA.

Det er særlig to forhold som vil bli berørt i dette notatet. For det første tanker omkring det å være bærer av en genmutasjon som *har ført til* – og som *kan føre til* – at du selv, og din nærmeste familie vil bli rammet av en dødelig sykdom. Det andre settet av refleksjonen er knyttet til en sammenligning av erfaringer fra USA og Norge.

Bakgrunn – BRCA1- Genfeil

Etterhvert som avisene formidlet rapporter om kreft som genetisk sykdom, begynte jeg, kort tid etter avsluttet behandling, å få mistanke til at min brystkreft kunne være arvelig. Jeg øvet et lettere press på min lege et halvt års tid, og fikk til slutt time ved Radiumhospitalet til «genetisk veiledning». Det er bare mellom 5–7% av bryst- eller ovariekreft tilfellene som er genetisk betinget. På dette tidspunktet var genene (de har hittil funnet to) for brystkreft ennå ikke mulig å lokalisere biologisk, men det var klart at kunnskapen var rett rundt hjørnet. I dag kan de ved hjelp av en blodprøve finne ut om det er en mutasjon på kromosom 17, også kalt BRCA I (Breastcancer gene I).

De som har denne feilen hadde i følge datidens estimat (dette er nå noen år siden) ca 70 til 80 % sjanse til å utvikle bryst eller/og ovariekreft innen de er 85 år. Dette estimatet var basert på undersøkelser blant enkelte høyrisk-familier. De vet i dag ikke om tilsvarende sannsynlighet ville gjelde om en gjorde en undersøkelse blant samtlige familier som er bærere av BRCA I. Problemet med den genetiske informasjonen du får er at «estimatene» stadig endrer seg ettersom kunnskapen øker og forskningen «skriker fremover» (?) Siste beskjed jeg fikk etter samtale med en genetiker, er at sjansen for å utvikle brystkreft gitt BRCA I genet stadig reduseres. Den er nå på 60 %.

Genetisk veiledning i Norge

I Europa er det vanligvis leger som står for veiledningen. Jeg har to ulike erfaringer med det norske genetiske veiledningssystemet. Første gang var i forbindelse med fostervannsprøve, flere år tilbake. Etter den vanlige 2–3 timers ventingen på gangen, hadde jeg en kort «samtale» med lege som fortalte om eventuelle farer ved å avlegge en slik prøve (infeksjonsfare, fare for spontanabort). Han skisserte ulike problemstillinger rundt en eventuell abort i tilfellet fostervannsprøven viste en genfeil. Videre fortalte han om sin gravide kone som også hadde tilbud om fostervannsprøve. De hadde kommet fram til at hun ikke skulle utsettes for en slik prøve, og det samme ville han anbefale meg (!). Jeg gikk hjem, tenkte over saken, diskuterte den med barnets far, og tok fostervannsprøve.

Den andre erfaringen er knyttet til «kreftgenet». Veilederen var også her en lege, forsker innen genetik. Etter at jeg

hadde fortalt min egen og min families krefthistorie, konkluderte vedkommende med at jeg etter all sannsynlighet hadde en genetisk form for kreft. De kunne ikke si det med sikkerhet på det tidspunktet, men det virket sannsynlig. Deretter gav legen en rolig framført orientering (forelesning?) om hva de per i dag visste om kreft og arvelighet. Genetikeren tegnet og fortalte, enkelt, klart og tydelig. Fakta om meg og min families (potensielle) skjebne ble nærmest øst over meg, og servert omlag på samme måte som man presenterer teorier om schizofreni for grunnfagstudenter – som noe som ikke gjelder tilhørerne. Jeg ble mer og mer fortvilet etterhvert som min og min families forutbestemte sannsynlige dødsdom ble framført. Søsknebarn og søskens sykdom og død, min egen sykdom og våre barns framtid var skjebne-bestemt. Etterhvert merket jeg at tårene bare rant og rant: Jeg kunne intet gjøre eller intet si, mens dommen ble framsagt. Genetikeren skjønnte at jeg ble fortvilet. Vedkommende var en vennlig sjel, og kom med legens løsninger på problemet: Jeg burde raskest mulig fjerne begge eggstokkene, og helst også fjerne brystkjertelen på det andre siden. Legens forslag til løsning på en sosial betinget fortvilelse knyttet til meg og min familie, var altså å få fjernet flere deler av min kropp. Skjebnen skulle altså ikke bare ramme mitt, og min families liv, men også min kropp måtte unngjelde.

Men medisinsk kunnskap handler ikke bare om objektive fakta. Den formidler også informasjon om våre subjektive og høyst opplevbare liv. Det legen forteller rammer ikke bare meg kroppslig, men også følelsesmessig og sosialt. Dette aspektet blir det tatt liten høyde for i det norske genetiske veiledningssystemet. Leger, hverken i USA eller Norge, er utdannet til, og mange synes også lite egnet til, å ivareta de sosiale og følelsesmessige aspektene av våre liv. Sykdom formidles som objektive fakta, ikke som subjektive opplevelser. Hvem og hvor mottageren følelsesmessig og sosialt befinner seg synes ikke å være inkorporert i avsenders budskap.

Genetisk veiledning i USA

I USA er det obligatorisk med genetisk veiledning i form av to samtaler før en tar en gentest. De kan vare opp til to timer, hvor en genetisk veileder og en sosialarbeider er tilstede. Veiledningen i USA er basert på en «værstefalls tenkning»; du blir presset til å tenke gjennom om du vil la deg teste, samt å reflektere over hvilke konsekvenser et positivt resultat kan tenkes å få *for deg*. Flere av refleksjonene i dette notatet ble skrevet ned før jeg ble testet.

Jeg tviler på om denne alternative modellen primært er et resultat av en mer sosialt betinget pasientforståelse blant leger. En mer sannsynlig forklaring er heller at helsevese-

net forsøker å beskytte seg mot en aggressiv og pågående forsikrings- og advokatstand. Hvis det amerikanske helsevesenet skal kunne drive noen form for forebyggende helsearbeid – og hvis den medisinske vitenskap skal kunne sikre seg data – har de måttet innføre ulike former for «beskyttelser». Intensjonen synes å være at både helsevesenet og pasienten skal beskyttes; mot hverandre og ikke minst mot hva jeg vil kalle USA sitt helsepolitiske problem nummer en: Helseforsikringssystemet.

«Genetic counseling»

er en egen toårig utdannelse etter Bachelor-graden som bare finnes i USA. Jeg er ingen tilhenger av økt profesjonsvekst i helsevesenet, men innrømmer jeg hadde stor sans for den profesjonelle veiledning jeg fikk av slik genetisk rådgiver. Jeg fikk en grundig, lett forståelig innføring i arvelære og mye informasjon om BRCA1 genet. Men jeg opplevet hele tiden at jeg som person var sentrum for den informasjonen. Det som ble lagt fram ble presentert på en meget varsom og omtenkstom måte. Hovedtema var hele tiden: Hvilken betydning kan kunnskap om eventuelle genfeil som kan forårsake kreft, ha for meg og min familie? Hvis de finner en slik mutasjon på kromosom 17, hvem skal jeg da fortelle det til, når og hvor mye skal du fortelle? Hvordan vil familien og de rundt meg reagere, og hvordan vil du selv reagere hvis du får vite at du er bærer av et slikt gen? Mao: *Hvilken betydning kan informasjon om en genfeil ha for deg, din identitet og ditt liv?*

Å ha fått en kreftdiagnose og gjennomgått en relativt hard behandling er tøft, men det er ikke mindre tøft kanskje å få vite at dine barn har en 50 % sjanse til å arve ditt eventuelle BRCA1 gen. Er dine barn kvinner, vil de ha rundt 80 % sannsynlighet for å utvikle bryst – eller ovariekreft innen de er 85 år. Forskning hittil har for øvrig vist at neste generasjon synes å utvikle kreft i yngre alder sammenlignet med den foregående. Har du en sønn vil han kunne overføre genet til sine barn. Sagt med rene ord – ord som er meget vanskelige å formulere både i tanke, tale og tekst – så fikk jeg vite at vår familie, mine egne-, søsken-, og søskenbarns døtre hadde mellom 70 og 80 % sannsynlighet for å utvikle kreft før de er i midten av førti årene – hvis de er bærere av BRCA1 genet. Når du har opplevet sykdommen kreft slik som vår familie har, så er dette svært tungt å fordøye. De fleste som er bærer av et slikt gen har selv bivånt nære og kjære familiemedlemmer lide og dø. Vi går alle med en sorg over tapet av våre nærmeste som døde i en altfor ung alder. Reaksjonen jeg fikk etter at det såkalte «positive» resultatet forelå var da også en form for sorgreaksjon.

Det andre spørsmålet som jeg ble oppfordret av veilederne i USA å reflektere over før jeg tok en gentest, var knyttet til

identitet. Hvis jeg fikk vite at jeg var bærer av et gen som frambringer kreft, vil den kunnskapen gi meg en annen opplevelse av meg selv? Vil andre komme til å se på meg på en ny måte? Vil jeg oppleve skyldfølelse i forhold til andre i familien? Bitterhet? Vil informasjonen kunne ramme meg i forholdet til ektefelle, barn, jobb?

Når skulle jeg informere?

Skulle jeg informere mine barn, min søsters barn og eventuelt når? (Jeg burde i alle fall ikke vente til bryllupsnatten, fikk jeg beskjed om). Barna kan ikke selv la seg teste før de er over 18 år. I følge genetikeren så var det ulike syn på når du burde fortelle eventuelle barn om den genfeilen du bærer på og konsekvensene av å fortelle det. Tenårene var ingen god tid å få slik informasjon da det kunne sterkt påvirke barnets egen identitetsutvikling. Noen ville vente til de var voksne, mens andre mente barn jo var klar over at det måtte være noe siden mange i samme familie hadde samme sykdom. Undersøkelser synes også å vise at det var lettere å forholde seg til noe en hadde vokst opp med og hvor en hadde observert hvordan andre i familien taklet det. De ble lært opp til å vite hva det dreide seg om og de hadde lært hvordan de rammede reagerer, hvordan de rundt reagerer, og ikke minst har de erfart hvordan de selv reagerte som barn.

I forlengelsen av dette kommer jo alle tankene omkring hvordan en eventuell genfeil kan påvirke ditt eget – og ikke minst dine barns liv. Hvor attraktiv er du (dine barn) på et arbeidsmarked hvis det blir kjent at du (barna) har en stor sannsynlighet for å utvikle kreft? Hvor attraktiv er du (dine barn) på et ekteskapsmarked?

Forsikringsordninger

Et viktig utgangspunkt i den amerikanske veiledningen er selvfølgelig forsikringssystemet. Mange selskaper vil ikke gi deg en helseforsikring hvis du har en alvorlig arvelig sykdom, eller hvis det er en fare for at du har det. Dette problemet har vi så vidt meg bekjent ikke i Norge. Livs- og gjeldsforsikring er derimot et tema hos oss. Reiseforsikring likeså. Skal jeg lyve hvis jeg blir spurt? Hvis jeg lyver og det oppdages i USA, har selskapene krav på refusjon. Jeg vet ikke om tilsvarende gjelder i Norge.

Helsemyndighetene er, i følge genetikeren i USA, opptatt av å beskytte pasienten mot innsyn fra forsikringsselskaper. De har utviklet en form for «dobbelboksholderi». Informasjon om AIDS, mentale lidelser og genetiske feil legges inn på egne journaler som ikke er tilgjengelige uten at de det gjelder godkjenner innsyn. Du kan altså lyve, og løgner skal ikke kunne oppdages. I følge genetikeren har systemet fungert bra hittil. (De har visstnok hatt det i 10 år.) Stadig flere Aids-pasienter lar seg teste. Men jeg har oppda-

get at det også er en utbredd skepsis mot systemet. Mange tviler på hvor sikkert det er. Etterhvert oppdaget jeg selv at systemet langt fra var så «sikkert» som de insisterte på. Informasjon ble formidlet rundt, der som her....

Jeg fikk tilbud om å la informasjonen om eventuelle genfeil ligge på «lukket journal» i USA. Jeg kunne la min familie få tilgang til informasjonen hvis de skulle ønske det. Jeg har jo sett hvordan journaler flyter rundt på norske sykehus. De ligger i bunker på skrivestuer, på poliklinikker, eller på vaktrom til gjennomlesning for «Gud og hvermann». De kan være lett bytte for ivrige forsikringsagenter og andre. Jeg har senere kommet fram til at – jeg informerer legene muntlig, og ber dem om ikke å registrere det i journalen. Men det har vist seg at denne oppfordringen ikke følges opp av alle.

Retten til ikke å vite

Under hele veiledningen i USA ligger et spørsmål om hvorvidt du i det hele tatt bør skaffe deg informasjonen. Retten til ikke å vite var et viktig tema. Kunnskap om genfeil bør ikke presses på folk. For de som får slik informasjon om seg selv, eller informasjon om potensielle feil, må bære denne med seg resten av livet. Slik informasjon kan skape mye av både angst og usikkerhet. Er kunnskapen verdt det?

Hvorfor tar jeg en gentest?

Med bakgrunn i alle de negative konsekvensene gentesting kan ha, hvorfor tok jeg likevel testen? Gentesten er ingen sikker test. Det kan oppstå tilfeldige mutasjoner på kromosom 17, som ikke er arvelig betinget. Man trenger informasjon om flere ledd i en familie for å være på den sikre siden. Per i dag kan det ikke tilbys folk med eventuelle genfeil noen form for behandling. Risikogrupper skal visst nok være sikret en rask behandling og tett oppfølging. Hadde jeg (legen) visst at den kulen jeg hadde i brystet kunne være en genetisk form for kreft, ville de umiddelbart ha tatt en operativ prøve av kulen i brystet i stedet for å vente i tre måneder. Da hadde kreften kanskje ikke spredd seg til så mange lymfer. Håpet mitt er at neste generasjon skal få tettere oppfølging og raskere behandling enn det vi fikk. Håpet er også at de i framtiden kan manipulere eventuelle genfeil – men dit er det vel langt.

Hovedforskjellene mellom genetisk veiledning i USA og Norge, er at USA benytter en «sosialarbeidermodell», mens i Norge er det «medisinermodellen» som er den dominerende. I Norge blir genetiske funn framstilt i aviser og ellers, som medisinske landevinninger med store positivt ladede konsekvenser – ikke minst for forskningen! Jamfør utspill fra Stortingsrepresentant Gunhild Øyangen! Men hva med de som får tildelt og må leve med «merkelappene»: «Har

stor sannsynlighet for å få kreft»? Har vi sikret oss et system som tar vare på dem? Mine erfaringer fra Norge er ikke udelte positive.

Forslag til tiltak

Konklusjonen og forslag til tiltak følger vel relativt naturlig av det jeg her har lagt fram. I tillegg til å få tema opp på dagsorden, bør de som er bærere av – eller potensielle bærere av et defekt gen bli bedre tatt vare på som personer: «Pasienten først», for å bruke et motto fra tidligere helseminister Gudmund Hernes.

Hvis det ikke er innført, bør det etableres et dobbelt-bokholderi med en lukket journal med meget begrenset innsyn. Det bør komme klart fram i all veiledning og gentesting at informasjon om genfeil knyttet til enkeltindivider ikke vil kunne bli tilgjengelig for andre uten skriftlig samtykke fra pasienten.

«Det lukkede journalsystemet» må sikres forsvarlig.

Det må være lover/ regler som hindrer forsikringsselskaper å skaffe seg informasjon om eventuelle genfeil, eller fare for slikt. Forsikringstakere skal ikke være forpliktet til å oppgi slik informasjon om seg selv eller sin familie, og skal ikke kunne «straffes» hvis de har slik informasjon og ikke oppgir det.

Ligestanden mister sitt monopol innen genetisk veiledning. Sosialarbeidere kobles inn, eventuelt kan det etableres et nytt kunnskapsgrunnlag/ fag, og vi får utdannet genetiske veiledere, f.eks. som en påbygging på fysiokjemiker eller bioingeniør utdanningen.

Jeg vet ikke i hvilken grad dette er gammelt nytt for leseren av dette notatet, eller om det overhode er av interesse. Uansett gjorde det godt å skrive det.

Hilsen en gentestet pasient.

Bruk av diagnose i allmennpraksis

Av Hans Vale



Cand.med. Bergen 1976,

lege i Loppa 1978-81.

Fastlege i Drammen fra 1981.

Spesialist i allmennmedisin,
tillitsvalgt Buskerud lege-
forening 1992-97

” På oppfordring fra Redaksjonen har jeg påtatt meg å drøfte bruk av diagnose i allmennpraksis. Jeg buker diagnose som arbeidsverktøy i mitt daglige arbeid for å rubrisere/katalogisere aktuelle problem. Videre er diagnosen viktig som kommunikasjonsmiddel. ”

Arbeidsverktøy:

Pasienten kommer til meg med et symptom og jeg synes ofte symptomet er en god diagnose som arbeidsverktøy. Symptomet initierer prosedyrer, jeg synes det er viktig å tenke likt, prøve å ha en del standardprosedyrer slik at viktige alternativer ikke blir uteglemt. Ved blod i avføring, pustebesvær, brystmerter osv gjør jeg mine faste håndgrep, prøver å sørge for at standardprosedyrer er vurdert/gjennomført. Ved kronisk tilstander eller fra før kjente problemstillinger hos aktuelle pasient prøver jeg å bruke mer eksakte diagnoser – hemorroider, astma, pectoralismsyalgi osv.

Diagnostiske prosess/kommunikasjon med pasienten:

Jeg prøver vanligvis å fortelle pasienten hvorfor jeg velger ulike prosedyrer, jeg prøver å tenke høyt sammen med pasienten for at de skal forstå hvorfor de skal igjennom ulike undersøkelser og hva vi prøver å avklare – blod i avføringen kan både være kreft og hemorroider (og mye annet). Jeg prøver også å få pasienten til å forstå at det er sjelden vi driver med eksakt vitenskap, vi bedriver sansynlighetsvurdering, ofte kommer vi ikke fram til eksakt diagnose. Pasienten får derfor beskjed om at prøver og undersøkelser må gjentas dersom symptomet ikke sviner/gir mistanke om sykdom som vi ikke har oppdaget. I min praksis har jeg enkle screeningsprosedyrer. I første omgang har jeg, når symptomet tillater det, et relativt lite forbruk av laboratorieprøver og tilleggsundersøkelser, jeg lar tiden være med å gi avklaring. Jeg synes det er viktig at pasienten forstår den diagnostiske prosess, det er viktig at de forstår prøve-resultater, hva vi har avklart og hva vi ikke har fått svar på. Da kan de bedre gi

meg tilbakemelding og om nødvendig fortsette diagnostikken.

Vanligvis er ikke pasienten så opptatt av hva sykdommen heter, de er mer opptatt av om det er farlig, om de kan bli bra, om det vil ta lang tid osv. Det er viktig å prøve å forstå hva pasienten tenker, hva vedkommende er redd for eller hva vedkommende ønsker å oppnå, symptomet har ulikt innhold for de ulike pasientene, (veldig vondt betyr jo så mangt), den diagnostiske prosess og det svar vi gir pasienten må derfor tilpasses individuelt.

Av og til har pasienten behov for en diagnose for å kunne kommunisere med sine omgivelser, det hender jeg prøver å hjelpe pasientene i denne prosessen. En 42 år gammel kvinne som skal inn til ab.prov kan jo si blødningsforstyrrelse/utskraping hvis hun får påtrengende spørsmål.

Kommunikasjon med andre helsearbeidere:

I kommunikasjon med andre helsearbeidere prøver jeg å beskrive tilstanden objektivt. En coxartrose kan være så mangt, på hvilket grunnlag har jeg stillet diagnosen og hvor mye plaget er pasienten. Hvis en gammel pasient med lungebetennelse trenger innleggelse p.g.a. pleiesituasjonen sier jeg dette når jeg snakker med oversykepleier/vakthavende lege. Å snike pasientene fram i helsekø p.g.a. imponerende, men ikke dekkende diagnoser, eller legge pasienter inn i sykehus under falskt flagg skaper bare mistillit og dårlig samarbeidsklima. Helsekøer kan være en uting, det er et helsepolitisk tema som i hvert fall ikke løses ved at vi som helsearbeidere bruker misvisende diagnoser. Hvis jeg spiller

med åpne kort i forhold til mine kolleger er det lettere å presse en pasient inn på sykehuset hvis jeg mener det er behov for ø.hj.

Kommunikasjon med RTV:

Jeg sitter ofte med en følelse av at våre samarbeidspartnere på Trygdekontoret kun leser diagnosenummer. Hvis L18 Muskelsmerter/fibromyalgi står RTV overfor en potensiell trygdemisbruker som ikke skal ha ytelser, hvis derimot L88 Rheumatoid artitt/andre rheum. sykdommer så får pasienten full pakning fra RTV (blå resept, fri fysikalsk behandling og om nødvendig attføring/uføretrygd). Men pasienten med L18 kan jo være like kronisk syk, det virker ikke som om RTV er så opptatt av det.

Tilsvarende kan en vanskelig uføretrygdsak løses hvis pasienten får et hjerteinfarkt, det behøver ikke være så stort bare det har riktig diagnosenummer. En pasient som er utslitt, kjøret på jobben og i familien ble for tøft for en periode, oppnår ikke sykemelding i RTV med diagnosen A04 asteni, med diagnosen P76 depresjon kan vi derimot oppnå det utroligste; hvis vi vil være litt mer forsiktig og kaller det depresjonsfølelse oppnår vi også sykemeldingsgrunn god nok.

Det er beklagelig at hverdagsproblemer på denne måten havner i psykiatridiagnose, det skaper en feilaktig helsestatistikk som igjen kan resultere i feilaktige tiltak. Hverdagsproblemer på jobb og i andre sosiale settinger kan resultere i at mennesker er arbeidsudyktig for en periode, jeg synes det bør være sykemeldingsgrunn god nok. Da ville pasientene våre i neste omgang også sluppet problemer i forhold til forsikringselskapenes helseattester. Hvis vi hadde sluppet diagnosenummer til RTV vil det stilt større krav til medisinsk forståelse hos saksbehandler på Trygdekontoret, men jeg tror vi hadde fått en riktigere og mer rettferdig behandling hvis ytelser sto i forhold til beskrevet tilstand.

Etter intensivt legeregningskontroll fra RTV's side har jeg også måttet tilstrebe samsvar mellom takstbruk og anvendte diagnoser på regningskortet. Det er ikke noe problem å oppnå nødvendig samsvar, men etter mitt syn unødvendig arbeid for å tilfredsstille byråkratiet. Ærlighet kontrolleres ikke ved at vi påfører ønsket diagnosenummer.

Foran meg på skrivebordet ligger ICPC-kortversjon. For meg er det et lite nyttig arbeidsverktøy, men et nødvendig onde for å tilfredsstille byråkratenes katalogiseringsbehov. Jeg tilpasser bruken, gjør som RTV krever for å oppnå det pasientene med rimelighet har krav på og for at mine regningskort skal godkjennes. Selvfølgelig bruker jeg ikke falske eller uriktige diagnosenummer i forhold til RTV, men sannheten kan sies på mange måter, spesielt når byråkratene ikke klarer definere innholdet i de ulike tilstandene. Når vi da i tillegg vet at den enkelte lege lager sin egen kortversjon av ICPC-kortversjon blir helsestatistikk basert på denne type informasjon fullstendig uinteressant.

Du trenger disse!

Kringle, Einar og Arnstein Finset

Den kliniske samtalen

Kommunikasjon og pasientbehandling

I denne boka tar forfatterne for seg lege/pasientforholdet ut fra individuelle og sosialpsykologiske synsvinkler med eksempler fra klinisk praksis.

- Hvorfor reagerer folk så forskjellig på sykdom?
 - Hva kjennetegner et godt terapeut/pasientforhold?
 - Hva er sykdomsadsferd?
 - Hvordan kan man forklare placeboeffekten?
- Dette er noen av de mange spørsmål forfatteren belyser i denne boka.

ISBN 82-00-45068-6 • 250 sider • Pris ca kr 295,00



Fyrand, Ole

Hudsykdommer

Hudsykdommer gir en systematisk fremstilling av dermatologien. Denne ajourførte og oppdaterte 3. utgaven omtaler diagnostikken av de fleste vanlige hudsykdommer og deres aktuelle behandlingsalternativer. Boka er forsynt med en del sentrale pasienteksempler.

Boka vil være til stor nytte for alle som ønsker en oversiktlig innføring i faget dermatologi.

ISBN 82-00-45061-9 • 227 sider • Pris kr 275,00



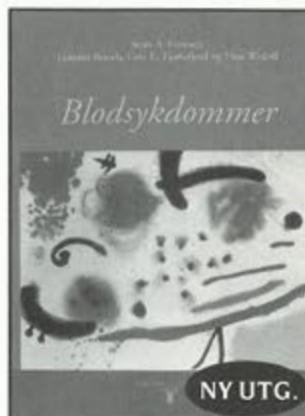
Evensen, Stein A, Lorentz Brinch, Geir E. Tjønnfjord og Finn Wisløff

Blodsykdommer

Boka gir en oversikt over sykdommer i blod, beinmarg og lymfeknuter og tilstander med trombose eller blødningstendens. Kunnskapen om blodsykdommer utvikler seg raskt. I denne 5. utgaven er mye nytt stoff kommet med, og en rekke kapitler er helt omskrevet. Et helt nytt kapittel om akutte hematologiske problemer innleder boka.

En uunnværlig veiviser i fagfeltet blodsykdommer.

ISBN 82-00-42552-5 • 294 sider • Pris kr 345,00



UNIVERSITETSFORLAGET



www.universitetsforlaget.no

NSAM

Norsk selskap for allmennmedisin

The Norwegian College of General Practitioners

NSAMs forhold til Norsk nyfødtkohort/ «Den norske mor og barn studien»

Norsk selskap for allmennmedisin har siden 1996 vært engasjert i referansegruppa rundt Norsk Nyfødtkohort, og har på vesentlige punkter vært kritisk til prosjektet. Dette har kommet fram i referansegruppemøter, i andre faglige sammenhenger, iTidsskriftet og Utposten, og i media generelt. Hovedinnholdet i kritikken mot prosjektet har vært:

- etiske problemer rundt inklusjon av gravide og deres barn
- konsekvenser for den gravide av en nær ubegrenset risikofokusering
- konsekvensen av å innføre et utenforstående og tidkrevende element i svangerskapsomsorgen
- stadie uklarheter om studien også skulle være en intervensjonsstudie, med alle de etiske problemene det kan medføre.

Studien har nå skiftet navn fra «Bedre helse for mor og barn» til «Den norske mor og barn studien». Etter å ha fått klarsignal fra Stortinget starter undersøkelsen i Hordaland i 1999. Kvinnen skal få første kontakt med undersøkelsen sammen med timekort for ultralydundersøkelsen.

Nyfødtkohorten lønner jordmor på ultralydpoliklinikken, som skal gi informasjon, oppklare spørsmål og oppnå samtykke fra den gravide til å bli med. Første blodprøve tas i samme seanse. Allmennpraktikerne skal dermed verken rekruttere eller følge opp de gravide til prosjektet.

NSAM har gjennom 2-3 år reist en debatt omkring prosjektets etiske og forskningsmessige design, og har påpekt vesentlige etiske og forskningsmessige svakheter. NSAM er fortsatt kritisk til gjennomføringen av prosjektet, men ser ikke lenger noen grunn til å delta aktivt i referansegruppen siden studien nå ikke involverer norsk allmennpraksis direkte. Noen av våre kritiske merknader er tatt til følge. Men de mer grunnleggende kritiske merknadene er tildels så alvorlige at prosjektet måtte bli stoppet eller fått en helt ny design dersom de skulle tas hensyn til. NSAM vil nå bruke tid og krefter på andre områder, men vi kommer til å delta i den offentlige debatten om Nyfødtkohorten dersom det blir aktuelt på et senere tidspunkt.

Oslo, 21/6 1999

På vegne av NSAMs styre

Bjørn Gjeldsvik
leder

Anette Fosse
styremedlem

Anders Børheim
styremedlem

Om kotelettar og migrene

*Historier
fra
virkelig-
heten*

Mannen møtte meg ute i bakgården, han stod utanfor og pussa sko, og venta på legen. Eg var blitt purra på to gongar frå legevaktssentralen allereide. Hadde fått beskjed om å dra i eit sjukebesøk til ei dame med migrene, som hadde vore sjuk i over 3 døgn.

«Hun ligger på loftet. Det kan jo hende at det er litt psykiske ting som ligger bak også. Vi hadde en skikkelig krangel den dagen hun ble syk».

Han viser meg opp til eit loftsrom i eit moderne hus i eit av Oslos betre buområder. Eg høyrer stemmer frå born som leikar i første etasje. Rommet er mørkt, mørke rullegardiner er trekte ned. Eg skimtar henne i senga med dyna godt over hovudet og ansiktet vendt mot eit stort kar på golvet som står klart for å ta imot eventuell oppkast.

Eg helsar og ho svarar med ein kviskrande stemme, som grin mot lyset frå døra. Mannen spør pent om han kan setje på eit lite lys i andre delen av rommet, og får lov til det. Eg set meg på sengekanten, det kjennest ut som Svane exclusive

Eg spør litt forsiktig om det vanlege, korleis det starta denne gongen, korleis det har vore før, kva slags medisinar ho har brukt, påverkar det arbeidet og familielivet? Ho har prøvd alt, og har hatt lite effekt av det meste, brukar no 1 tbl Anervan dagleg når ho har anfall, men det hjelper ikkje stort. Ho vil ikkje bruke for mykje medisinar, og har ikkje eingong tatt ein einaste Paracet sidan søndag. Migreaneanfalla varer ofte i fleire dagar og kjem ein eller to gongar i månaden, men det har sjeldan gått utover jobben. Ho arbeider i turnus, så det kjem helst dei dagane ho har fri. «Hun er et stemningsmenneske og en «stå-på-dame» som kan klare mer enn alle andre når hun bare er frisk», kommenterer mannen, «jeg er mere flat».

Eg prøver å få ein allianse med ho som har vondt, og kjenner at eg straks får motstand mot mannen som sit bak med korslagte armar, og høveleg avpassa kommentarar. Lurer på om eg skal sende han ut, men det er jo han som har gitt meg stikkordet, det handlar nok også om noko mellom dei. Kva med denne krangelen på søndag, prøvar eg.

«Han kan aldri la meg være i fred når jeg har vondt. Når jeg har migrene, orker jeg ikke forholde meg til om vi skal ha koteletter til søndagsmiddag eller noe annet. Da blir jeg bare verre og hodepinen setter seg fast. Dersom han og barna lar meg i fred pleier det å gå over.»

Ho set seg opp i senga etter dette, og stemmen er blitt normal. Vi snakkar ei stund fram og tilbake om å kjenne på den andre sin situasjon. Han veit at han ikkje skal plage henne med vanskeleg ting når ho har det vondt, men eit ja eller nei til kotelettar måtte han då kunne få. «Barna har jo skjönt det, og lar meg i fred, men du holder på og vil alltid snakke om noe vanskelig, og det går ikke når jeg har hodepine». Stemninga vert lettare og dei snakkar seg i mellom no, og vert samde om at dei vil gå til samtalerapi for å finne ein betre måte å handtere konfliktane som oppstår når migrenen set inn. Ho får ein resept på Naprosyn 250 mg for å prøve det i effektiv dosering ved start av anfall.

Han reiser seg og seier med eit prøvande smil mot henne: «Jeg blir borte ei stund, jeg må på apoteket, og så lager jeg litt mat til ungene, er det OK at jeg stiller i stand en rett med kjøttdeig?»

Ho ser på han og repliserer med eit smil tilbake: «Ditt kjøtt-hue».

Av Frode Forland



comfort, mannen på ein pinnestol lenger bak. Det er halvmørkt, men eg ser at det er eit ryddig rom og pent sengetøy, i hyllene hennar ligg pent oppstapla ukeblad og moteblad, nokre bøker om helse og livsstil, «Spis deg glad» ligg øverst. Oppkast-stampen på golvet er skinande rein.

Her ligg ho på fjerde dagen med migreaneanfall, smertene sit i heile hovudet no, fortel ho, enno med svak stemme, dei byrjar gjerne i eit punkt på eine sida, men når det ikkje går over, brukar dei å spreie seg til heile hovudet. Ho har ikkje ete på mange dagar, var kvalm i går, men har ikkje kasta opp. Mannen har ringt legevakta fordi han er bekymra for hennar allmenntilstand.



Mange ord i språket vårt har en opprinnelse som for lengst er glemt, og ofte kan vi heller ikke uten videre tenke oss til hva ordene egentlig betyr. Vi håper leserne vil finne glede i en spalte der vi vil ha små epistler om ord vi bruker til daglig, men som de færreste av oss kan forhistorien til.

I denne spalten er det mer enn ønskelig med innlegg fra leserne. Det sitter vel kolleger rundt om i landet med kunnskap på feltet, og her får de altså muligheten til å utfolde seg for et bredt publikum!

Malaria

Sykdommen malaria forbindes vel idag med tropiske strøk i andre verdensdeler. Ordet malaria har imidlertid italiensk opprinnelse, og dersom man deler ordet i «mal» og «aria» kan kanskje selv de med middelmådige latinkunnskaper ane ordets opprinnelse. «Mal» betyr syk, dårlig og «aria» er det italienske ordet for luft. Dette forteller oss at man mente at sykdommen kom av dårlig luft. Teorien er slett ikke så dårlig, i mange deler av Italia lå store myr- og sumpområder brakk i hele middelalderen på grunn av den høye forekomsten av malaria hos mennesker. Sykdommen kom faktisk også til Roma hver sommer, og man mente da at varmen brakte den dårlige lufta og dermed også malariaen fra omkringliggende myrer inn til byen.

Bruken av ordet malaria på sykdommen er første gang registrert i 1740, mens tilstanden er beskrevet av Hippokrates i det 5. århundre før Kristus. At hunnmyggen overfører smitte til mennesket med sine stikk er en kunnskap som er knapt 100 år gammel, men det er jo artig å vite at italienerne lenge før dette så sammenhengen mellom malaria og myrer som jo er et av de herligste tilholdssteder en mygg kan drømme om...



Myggen er, bortsett fra bakterier og virus, det dyret i verden som forårsaker flest menneskers død, et faktum som svekker uttrykket «du skal ikke gjøre en mygg om til en elefant» ganske kraftig. Selv verdenshistorien er preget av dette lille dyret. Aleksander den store døde bare 33 år gammel av malaria da hans mektige rike var på det største. Han hadde ingen arving, og etter hans død falt riket etter hvert helt fra hverandre.

Jannike Reymert.

Kilder: Sverre Klouman: *Moro med ord*. Aschehoug, 1999.
Universitetsforlagets Store medisinske leksikon, 1998.

NSAM

Norsk selskap for allmennmedisin

The Norwegian College of General Practitioners

Norsk Selskap for Allmennmedisin's forfatterstipend 1999

NSAMs forfatterstipend er opprettet for å støtte forfattere av allmennmedisinsk litteratur. Forfattere av bøker eller hefter med et antatt begrenset lesemarked og dermed små muligheter for økonomisk gevinst, vil bli prioritert.

Årets stipend er kr 20.000,- og tildelingen vil bli bekjentgjort under festmiddagen på Nidaroskongressen -99. Søknaden med søkerens CV, vedlegges beskrivelse av påbegynt eller påtenkt prosjekt. Søknaden skal stiles til Publiseringutvalget, Norsk Selskap for allmennmedisin v/Nils Kolstrup, Institutt for samfunnsmedisin, 9037 Tromsø.

Søknadsfrist er 1. oktober -99.

Lyrikk

En Lyrisk stafett

I denne lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydd noe for dem, enten i arbeidet eller livet ellers. Den som skriver får i oppdrag å utfordre en etterfølger. Slik kan mange kolleger få anledning til å ytre seg i lyrikkspalten. Velkommen og lykke til!

Tone Skjerven – lagleder

Takk til Ingrid Ytrehus som veksle meg inn i Lyrikkspalten med sitt engasjerande «Ferdaminne»-dikt!

Eg vil sende lyrikk-stafetten vidare med eit dikt av vår framifrå diktar Olav H. Hauge. Kva er meir naturleg enn at den går vidare til ein allmennpraktikarkollega med diktarhøvdningens etternamn: Vær så god – Tone Hauge i Loddefjord/Bergen.

Frå sin frodige frukthage i Ulvik/Hardanger har denne kraftige poetiske muskelen fylt våre sinn med symbolsterke dikt. Hans lyrikk er gjerne knapp og fortetta i forma, oftast folkeleg og kvardagsleg, men med ein hard poetisk kjerne.

Dette diktet frå «Dropar i Austavind» kan gje oss ei oppleving av ordets kraft og betydning. Kanskje vi kan ha dette i tankane når vi formulerer vår bodskap til pasienten i konsultasjonen. Og ikkje minst må vi la ordet tale til oss sjølve gjennom lyrikken som mental avkopling og revitalisering etter ein utmattande arbeidsdag saman med pasienten.

*Lukke til Tone!
Helsing Geir Kittang*

Bruk ikkje sandpapir

*Bruk ikkje sandpapir der ein visshøv kniv har
skore,
rett ikkje skifaret som bar deg frelst yver hamrane,
ta ikkje i deg ord som ein gong er sagde.
Ord er dynamitt og verkar både i djupni og høgdi,
i den sprekkå dei slo,
kan grunnvatn stiga.*

Olav H. Hauge.

?RELIS

Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS) er et tilbud til helsepersonell om produsentavhengig legemiddelinformasjon. Sentrene besvarer spørsmål om legemiddelbruk fra helsepersonell som leger, tannleger og farmasøyter. RELIS er foreløpig opprettet i helseregionene 2, 3, 4 og 5, og legemiddelmiljøene ved regionsykehusene samarbeider om denne virksomheten. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

RELIS 2 (Rikshospitalet) tlf: 22 86 88 06

RELIS 4 (Regionsykehuset i Trondheim) tlf: 73 55 01 58

RELIS 3 (Haukeland sykehus) tlf: 55 97 53 60

RELIS 5 Regionsykehuset i Tromsø tlf: 77 64 58 92

Bruk av 5-HT₁-reseptoragonister ved graviditet og amming

Aud Jorunn Sølvberg, cand. pharm.
Tone Westergren, leder, cand. pharm.
RELIS 2
E-post: relis@extern.uio.no

Spørsmål

En kvinne som er gravid i 3. trimester, bruker noe Imigran® og lignende preparater. Legen vil gjerne vite om hun kan fortsette med dette etter fødselen. Hva vet man om disse preparatene ved graviditet og amming?

Svar

Imigran inneholder virkestoffet sumatriptan, som er en 5-HT₁-reseptoragonist. Andre stoffer i denne gruppen er zolmitriptan (Zomig®) og naratriptan (Naramig®) (1). Erfaringen med bruk av sumatriptan hos gravide er begrenset. Det er forholdsvis liten margin mellom anbefalt klinisk dose hos menneske og doser som har gitt fosterdød i dyreforsøk. Bruk under svangerskap frarådes derfor. Sumatriptan utskilles i morsmelk og amming bør unngås de første 24 timer etter behandling (1). Norsk legemiddel-håndbok for helsepersonell angir at sumatriptan ikke bør gis til gravide eller ammende (2).

Det foreligger flere rapporter om mødre som har brukt sumatriptan i løpet av graviditeten. Ut fra de prospektive rapportene ser det ikke ut til at mødre som ble eksponert i 1. trimester får flere barn med medfødte misdannelser enn mødre som ikke ble eksponert. Det er heller ikke noe mønster blant de rapporterte skadene som kan tyde på en felles årsak. Antall rapporterte graviditeter er ennå for lavt til at det kan trekkes sikre konklusjoner om risikoen for terato-

gen effekt av suma-triptan. Det kan også tenkes at svangerskap med høy og lav risiko ikke blir rapportert like konsekvent. (3).

I et forsøk der fem kvinner fikk 6 mg sumatriptan subkutan, ble det anslått at 14,4 mikrogram, eller 0,24 % av dosen gikk over i morsmelk. Barnets maksimale vekt-korrigerede dose via morsmelk ble beregnet til 3,5 % (mikrogram sumatriptan per kg spedbarnsvekt som prosent av morens dose i mikrogram per kg) (3). En annen studie anslo at barnet maksimalt ville få i seg 2,6 % av en subkutan enkelt-dose (mikrogram i melken barnet fikk som prosent av morens dose i mikrogram) (4).

Den orale bio-tilgjengelighet hos voksne er ufullstendig (gjennomsnittlig 14–15 %). Dersom dette også gjelder for barn, vil mengden sumatriptan som når barnets sirkulasjon sannsynligvis være liten. Ca. 88 % av mengden ble utskilt i morsmelken i løpet av 8 timer, slik at man ved å kaste melken i 8 timer etter en dose, kan redusere den tilførte mengden tilsvarende (3). Sumatriptan blir vanligvis bare tatt sporadisk, og slik bruk synes å være trygt for det diende barnet (4).

Sikkerheten ved bruk av zolmitriptan og naratriptan til gravide er ikke klarlagt. Produsenten anbefaler at zolmitriptan kun bør benyttes hos gravide dersom nytte av behandlingen oppveier mulig risiko for fosteret. Bruk av naratriptan under svangerskapet frarådes av produsenten (1).

Det er sett fosterskader i dyreforsøk med zolmitriptan (5) og naratriptan (6), men det foreligger lite humane data. Produsenten av naratriptan opplyser at overgang til morsmelk ikke er undersøkt hos menneske (1). En database opp-

gir derimot at naratriptan blir utskilt i brystmelk (7). Opplysninger om overgang av zolmitriptan til human melk foreligger ikke. Produsentene anbefaler at man venter med amming i 24 timer etter inntak av naratriptan eller zolmitriptan (1).

Oppsummering

Erfaringen med 5-HT₁-reseptoragonistene ved graviditet er foreløpig for liten til at man kan si noe sikkert om effekter på fosteret. Man har mest erfaring med sumatriptan, og har foreløpig ikke påvist fosterskadelige effekter av dette stoffet.

Sumatriptan og naratriptan skilles ut i morsmelk, mens dette ikke er klarlagt for zolmitriptan. Produsentene anbefaler å vente med amming i 24 timer etter inntak av stoffene for at mengden legemiddel i melken skal reduseres. To stu-

dier med sumatriptan kan tyde på at lite legemiddel blir overført til barnets sirkulasjon.

Referanser:

1. Felleskatalog 1999, 680-1, 992, 1646.
2. Norsk Legemiddelhåndbok for helsepersonell, 1998/99, 395.
3. Briggs GG et al: Drugs in Pregnancy and Lactation. A reference guide to Fetal and Neonatal Risk, 5, 993-5.
4. Bennett PN. Drugs and Human Lactation, 2, 503.
5. Drugdex, Drug Evaluations. Zolmitriptan - Teratogenicity/effects in pregnancy. Micromedex database 09/98; vol. 100.
6. Reprotox. Naratriptan. Micromedex database; 1974-1999; vol. 100.
7. Drugdex, Drug Evaluations. Naratriptan - Breastmilk - Breast feeding. Micromedex database 03/98; vol. 100.

April 1999

NSAM

Norsk selskap for allmennmedisin

The Norwegian College of General Practitioners

Korttidsstillinger ved kreftavdelingene for allmennpraktiserende leger

Den norske kreftforening har for år 2000 bevilget lønnsmidler til 6 stillinger a 3 måneder for allmennpraktiserende leger ved de onkologiske avdelingene på Det norske radium-hospital (2), Ullevål sykehus, Haukeland sykehus, Regionsykehuset i Trondheim og Regionsykehuset i Tromsø.

Hensikten med tjenesten er å gi den allmennpraktiserende lege innsikt i onkologisk virksomhet, og å bedre samarbeidet mellom allmennpraktikeren og sykehuset innen dette feltet.

Tjenesten er delvis strukturert, og det er utarbeidet en egen målbeskrivelse.

Stillingen er lønnet i lønnstrinn 47. Tjenesten teller som sykehustjeneste for etterutdanningen for spesialister i allmennmedisin.

Tjenesten kan utføres når som helst i løpet av kalenderåret etter nærmere avtale med den enkelte avdeling.

Ved tildeling vil det bli lagt vekt på motivasjon og klinisk behov for tjenesten. Søkere vil primært fordeles på sine respektive regionale onkologiske avdelinger.

Nærmere opplysninger fås hos de respektive avdelingsoverleger.

En kortfattet begrunnet søknad (på vanlig brevark) med påføring av eksamensår og årstall for godkjent spesialitet, samt angivelse av ønsket tjenestested sendes:

NSAMs sekretariat, Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo.

Farmakoterapi i allmennpraksis

24.-26. november 1999

Spesialitetskomiteens godkjenninger:	Allmennmedisin, arbeidsmedisin og klinisk farmakologi. Videre- og etterutdanning: Klinisk emnekurs, 23 timer i fagområdet klinisk farmakologi/farmakoterapi.
Målgruppe:	Leger og farmasøyter (cand. pharm.) som arbeider i primærhelstjenesten.
Læringsmål og innhold:	Formidle kunnskap om generelle behandlingsprinsipper og nyere synspunkter på behandling av store sykdomsgrupper. Diskutere problemer med medikamentell behandling i plenum og ved løsning av oppgaver i smågrupper. Fremme samarbeid mellom leger og farmasøyter.
Kurssted:	Kringsjø kurssenter, Sognsveien 218, 0864 Oslo.
Kursledelse:	Knud H. Landmark, Per Lagerløv og Hedvig Nordeng. Institutt for farmakoterapi, Trine Bjørner, Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Oslo og Tone Westergren, RELIS, Rikshospitalets apotek.
Påmelding:	Koordinatorkontoret for legers videre- og etterutdanning, Kirurgisk klinikk, Ullevål sykehus, 0407 Oslo. Telefon: 22 60 98 46, faks: 22 46 66 65.
Påmeldingsfrist:	1. september
Antall deltakere:	70
Antall kurstimer:	23
Kursavgift:	Kr. 1.200,- I tillegg til kursavgiften kommer frivillig kr. 570,- for lunsj og kaffe, betales på forhånd. Kursavgiften samt utgifter til kaffe/lunsj må betales senest 2 uker etter at bekreftelse er mottatt. Hvis ikke, går plassen til nestemann på listen.
Litteratur:	Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell må medbringes.

Onsdag 24. november 1999

Møteleder: Knud H. Landmark

- 0945 Praktiske opplysninger, læringsmål
- 1000 Hva er klinisk farmakologi? Harald Olsen
 - Individuell følsomhet
 - Terapistyring
 - Bivirkninger
 - Interaksjoner
- 1040 Spørsmål om terapistyring – problemer fra egen praksis. Harald Olsen
- 1115 Pause
- 1130 Gruppeoppgaver (hypertensjon, hjertesvikt, hyperkolestrolemi). Knud H. Landmark
- 1230 Lunsj
- 1400 Gjennomgåelse av gruppeoppgaver med innlagt teori. Knud H. Landmark
- 1540 Pause
- 1600 Hypertensjon og hjertesvikt i allmennpraksis. Jon-Torgeir Lunke
- 1730 Oppsummering hypertensjon og hjertesvikt. Jon-Torgeir Lunke
- 1800 Slutt

Torsdag 25. november

Møteleder: Per Lagerløv

- 0900 Forskrivning av vanedannende medikamenter i allmennpraksis, diskusjon. Trine Bjørner
- 1045 Pause
- 1100 Behandling av søvnløshet. Knut Laake
- 1145 Gruppeoppgaver, diabetes mellitus. Tor Claudi
- 1245 Lunsj
- 1400 Gjennomgåelse av gruppeoppgaver med teori. Tor Claudi
- 1515 Pause
- 1530 Prinsipper for legemiddelbehandling i svangerskapet og ammeperioden, diskusjon. Hedvig Nordeng
- 1715 Slutt

Fredag 26. november

Møteleder: Tone Westergren

- 0900 Praktisk utredning og behandling av dyspepsi i allmennpraksis. Frode Lerang
- 1045 Spørsmål om behandling av dyspepsirelaterte sykdommer. Pasientinformasjon. Frode Lerang
- 1115 Pause
- 1130 Legemiddelinteraksjoner. Harald Olsen
- 1215 Lunsj.
- 1330 Diskusjon av depresjonsbehandling i allmennpraksis. Harald Olsen
- 1530 Evaluering/avslutning

BOK *anmeldelser*

Stopp opp – Du som vev og blir vevd

Dette er hovudbodskapen eg sit att med etter å ha lest Ragnhild Grødal si bok «Tråder i livsveven» (Cappelen 1999, 85 sider, illustrert)

«Du står
i grenselandet
mellom dag og natt
i døgnets knutepunkt-
dette motsetningsfylte
bevrende øyeblikket
av klargjørende lys og
sugende mørke.»

Der står du – og i neste dikt skriv ho:

«Tråder overalt
Fangarmer eller hengekøye?
Må velge
hva jeg åpner for
vikler meg inn i
Må velge
renningen og
rytmen
Må velge
mine muligheter
selv.»

Bilde med veven går att gjennom heile boka, som i fyrste del er konsentrert om den som vev og i andre del om veven. Renning og skyttel, trådar og filleryer, tepper og fargar fungerer som bilder for meg, sjølv om eg aldri har sitte bak ein vev.

Er dette dikt?

Boka inneheld nokre korte visdomsord – andre har meir rytmiske skyttelslag, med repeterande form og rim, og nokre framstår som små prosatekster som er delte opp i avsnitt – som dikt. Stein Mehren skriv i si siste diktsamling Nattmaskin at: «Du vet ikke hva et dikt er, før du har hørt det, for

et dikt er et dikt når du med en gang kjenner deg igjen i det og samtidig vet, dette har jeg aldri lest før».

Så for meg er dette dikt, gode dikt. Det fungerer fordi det er ein samlande tanke bak. Bitane er ulike som fillene i ei rye, men saman vert dei eit farge-rikt heile, som byrjar og sluttar med den same mjuke kanten:

«Hvem rår? Bak mønsterets begynnelse og slutt»

Det er mange med meg som har møtt Ragnhild Grødal som foredragshaldar på kurs i presentasjonsteknikk for legar. For meg står det kurset att som eitt av dei beste i mi 15 årige kurskarriere, kanskje mest fordi kollegane framsto som skapande menneskje. Ho lokka oss fram på med myndig, men kjærleg hand, slik at vi sto stødigare etterpå både åleine og saman. Kurset står att med varme og klare fargar i min vev.

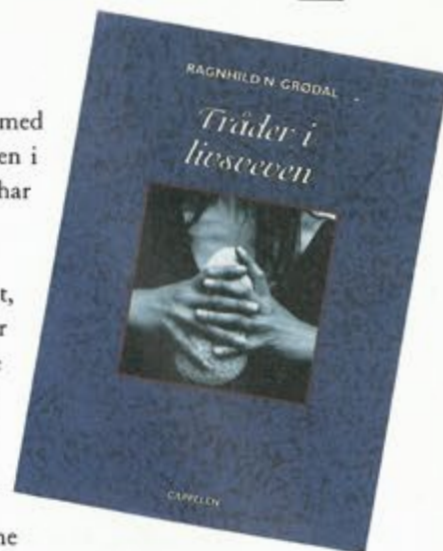
By på deg sjølv

Boka byr på ei sterk oppfordring til å finne tak i egne kreative krefter og skapande evner, og gjev ikkje berre djupsindige og vanskelege tankar og metaforer om det, men og konkrete råd! Her er psykologiske og kognitive teknikkar presenterte i dikt form!

Ta tak i tanken,
du må la tanken få rom,
så mykje rom at du kan skrive den ned.
La kjensla få tid,
kjenn etter lenge nok
til at fargane trer fram.
La inntrykket få feste seg,
slik at det kan bli til ditt uttrykk,
i ord
i form
i tonar
i handling.
Skap ditt liv.
– trur eg ho vil seie

Boka er rikt illustrert med spennande fotografi av Thera Mjåland som hjelper til å gje tanken flukt. Bileta er konkrete og symbolske på same tid, som teksten, ofte nær og direkte, men og med eit større perspektiv over det heile.

Frode Forland



BOK *anmeldelser*

Norsk Elektronisk Legehåndbok

Norsk Elektronisk Legehåndbok. 1. utgave, 1999.

Redaktør: Terje Johannessen.

CD-ROM. Utgitt av Norsk Helse Informatikk AS, Teknostallen, Prof. Brochs gt. 6, 7030 Trondheim.

Priser: Enbruker: kr. 4.551. To brukere: kr. 8.241.

Tre brukere: 11.070.

Det er planlagt to oppgraderinger pr år, og prisen inkluderer normalt én oppgradering.

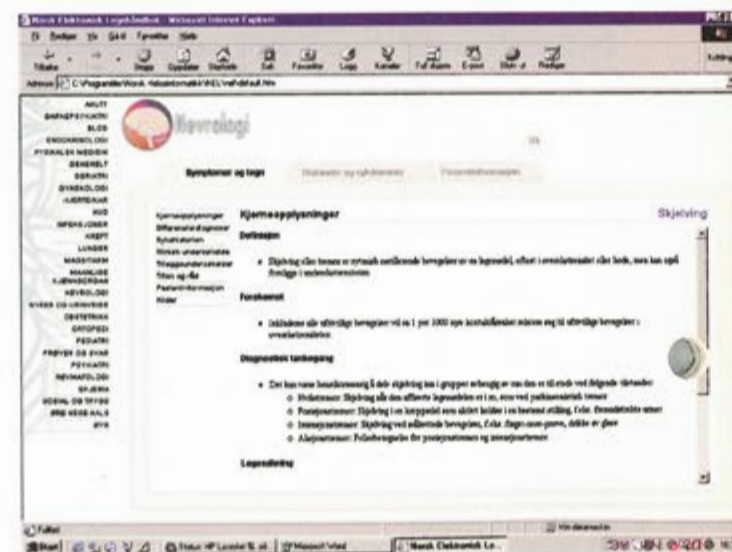
De mer tekniske sidene ved Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL) ble grundig omtalt av John Leer i EDB spalten i Utposten nr. 4, 1999. Vi har valgt følgende metode for å vurdere produktet: Cecilie Rustad er nyutdannet lege i distriktsturnus, mens Gunnar Strømo har mange års erfaring som kommunelege. Vi installerte NEL på maskinene hvor vi ellers bruker Profdoc Vision som arbeidsredskap. Vi har så brukt den i et par måneder og har prøvd å oppsummere erfaringene våre.

NEL er delt inn i 27 kapitler. Det finnes blant annet et generelt kapittel, et akutt kapittel, et kapittel om prøver og svar, et kapittel om skjemaer og et om sosial og trygd. Foruten disse er de resterende kapitlene inndelt etter fagområder og organer. Åpningsbildet ser slik ut:

Hovedkapitlene er tredelt: «Symptomer og tegn», «tilstander og sykdommer» og «pasientinformasjon»:



De forskjellige underkapitlene har alle samme mal for inndeling. Under «symptomer og tegn» er den for eksempel slik: Kjerneopplysninger, differensialdiagnoser, sykehistorie, klinisk undersøkelse, tilleggsundersøkelse, tiltak og råd, evt. pasientinformasjon, evt. illustrasjoner og kilder.



Programmet har også en søkefunksjon, enten som «fritekstsøk» eller som «indekssøk». I NEL-teksten er det også mange steder lagt inn lenker man kan klikke på og dermed hoppe til det aktuelle emnet.

NEL er ment som et hjelpemiddel for raskt å kunne slå opp og sjekke ting man måtte lure på under konsultasjonen. Den er meget omfattende med svært mye informasjon. Den er likevel kortfattet på hvert enkelt område. Dette stemmer godt med redaktørens forord, hvor han skriver at dette ikke er noen tekstmal. Fordelen er at det er lett å finne det man ser etter uten å måtte lese mye tekst. Den systematiske opp-



byggingen gjør også at verket er enkelt å finne fram i. Søkefunksjonen er imidlertid noe svak. Fritekstsøkene fører ofte ikke fram til noe fornuftig, og indekssøkene er avhengige av at søkeordet er indeksert.

Den faglige kvaliteten på stoffet er meget høy. Vi har i alle fall ikke funnet noe vi vil stille spørsmålsteget ved, og vi har følt at når vi har fulgt NEL sine anbefalinger, har vi vært på trygg grunn.

Som oppslagsbok har NEL imidlertid fortsatt en del svakheter:

Farmakoterapi har fått liten plass. I terapiavsnittene er det anbefalinger om medikamentvalg, men det står ingen ting om doseringer. Vi skulle også ønske oss et greit oppslagsverk for interaksjoner og bivirkninger, fordi medikamentell behandling er en så stor del av vår hverdag. På lengere sikt ønsker vi oss Felleskatalogen bakt inn i NEL, med krysslenker og samme greie og raske format.

Redaktøren skriver i forordet at de bare er i den spede begynnelsen når det gjelder bildemateriell. Det er vi enige i. Bildene er stort sett verdiløse, i alle fall som diagnostiske hjelpemidler. Vi savner også tekstforklaringer. Her er det et stort potensiale for framtida.

Til de fleste sykdommene er det et kapittel med pasientinformasjon som man kan trykke ut på laser- eller blekk-skriver. Denne informasjonen er stort sett svært omfattende, for eksempel med utførlige omtaler av differensialdiagnoser. Etter vår erfaring kan det være i meste laget, og den egner seg dårlig for de fleste av pasientene våre. På den annen side kan denne informasjonen være nyttig når man står over for svært vitebegjærlige pasienter som ellers kanskje vil søke informasjon på internett eller biblioteket. Man kunne kanskje lage kortversjoner også?

En del sjeldnere tilstander er ikke omtalt, eller står bare nevnt som differensialdiagnoser uten videre lenker eller opplysninger. For eksempel har Cecilie forgjeves lett etter råd for utredning av høy senkning, og vi har begge lett etter opplysninger om hulfot. Vi håper at i alle fall alle differensialdiagnosene snart også får egne omtaler.

Stort sett har vi begge opplevd at NEL har gitt oss gode svar. Spesielt syns vi at det har vært nyttig å kunne slå opp for å sjekke om vi har husket de aktuelle differensialdiagnosene og de aktuelle supplerende undersøkelsene. Til vitebegjærlige pasienter er det godt å kunne gi utfyllende skriftlig informasjon.

Hovedproblemet for oss begge har vært å venne oss til å bruke NEL. Selv om den bare er et tastetrykk unna, har spesielt Cecilie ofte like gjerne slått opp i lærebøkene, hvor hun er kjent.

Vi er enige med John Leer i at NEL trolig representerer framtida, og at det vil kunne bli et av de faste oppslagsverkene på legekantorene rundt i landet. Det er et meget godt redskap for å kvalitetssikre arbeidet sitt, hvis man bare kommer over terskelen for å ta det i bruk.

Til sist: Er NEL verd prisen? Her svarer Cecilie et klart nei. Inngangsbilletten kan hun vurdere, men å betale nesten 5.000 kroner i året for oppgraderinger, er klart for mye. Gunnar er enig i at prisen er for høy, og det blir neppe årlige oppgraderinger. Hvis NEL skal få den utbredelsen den egentlig fortjener, må man gjøre noe med dette. Vi lurer begge på hvorfor NEL må være så dyr når den nye læreboka i allmennmedisin, som kanskje er mer omfattende, koster 728 kroner.

Cecilie F. Rustad og Gunnar Strøno



Universitetet i Bergen

Masterstudium i forebyggende helsearbeid

Høsten 2000 starter nytt toårig studium i forebyggende helsearbeid (health promotion) som leder frem til graden *Master of Philosophy in Health Promotion* (tilsvarer norsk hovedfag).

Undervisningsspråket er engelsk og studiet retter seg både mot norske og utenlandske studenter med minimum cand. mag. kompetanse (eller tilsvarende) i relevante fag.

Søknadsfrist: **1. desember 1999.**

Nærmere opplysninger: HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen, Christiesgt. 13, 5015 Bergen, tel. 55582808, faks. 55589887.

Internett: <http://www.uib.no/psyfa/hemil/masterprog>

Email: wenche.marthinussen@psych.uib.no

NSAM**Norsk selskap for allmennmedisin**

The Norwegian College of General Practitioners

Tilsagns- og forbeholdskjema

Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) arbeider for å bedre kvaliteten i forskning som utføres i allmennpraksis. Vi ønsker også at kolleger som deltar i data-innsamling og rekruttering får innsyn i kvalitetsvurderinger i forskningsprosjekt.

Allmennpraktiserende kolleger kan hjelpe oss i dette arbeidet med å bruke dette tilsagns- og forbeholdskjema når de inviteres til å delta i eksternt planlagte studier.

Du finner også dette skjema på AFUs hjemmeside på veven.

Ja, jeg er interessert i å delta i følgende forskningsprosjekt:

Jeg vil først ta endelig stilling til deltagelse når jeg har sett den kvalitetsvurdering Allmennmedisinsk forskningsutvalg har foretatt av prosjektet.

Vennlig hilsen (navn):

NSAM**Norsk selskap for allmennmedisin**

The Norwegian College of General Practitioners

Løvetannprisen 1999

Norsk selskap for allmennmedisin skal under festmiddagen på Nidaroskongressen -99, torsdag 21.10.99, dele ut Løvetannprisen for 14. gang. Prisen består av en litografi av Barbra Vogler og 1000 kroner. Den skal deles ut til en allmennpraktiker som på en eller annen måte har gjort en innsats for allmennmedisinen. Innsatsen kan være på sentralt eller på lokalplan, i det stille eller i media, faglig eller organisatorisk, praktisk eller teoretisk.

Det er du som nå har ansvaret for at styret i NSAM får kjennskap til kandidatene. Nøl ikke - gi en begrunnet anmeldelse av en kollega i dag!

Forslag på gode kandidater, sendes innen 1. oktober til:
NSAM, Institutt for allmennmedisin,
Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo.

Kunngjøringer av protokollvurderinger foretatt av Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU)

Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) har vurdert protokoll PPA20006 fra GlaxoWellcome – en studie som vurderer den blodtrykkssenkende effekt av et middel i en korttidsstudie blant type II diabetikere. AFU ba om følgende oppklaringer fra firmaet før godkjenning: Utgiftene ved deltagelse i studien kan ikke belastes pasient eller det offentlige; at det måtte ha gått minimum 1/2 år fra diagnositidspunkt til inklusjon for ikke å inkludere pasienter med latent autoimmun diabetes; at pasienter med leverenzymstigning måtte få adekvat oppfølging om nødvendig over lang tid; at en registrerer flere effektparametre som er relevante i det kardiovaskulære metabolske syndrom; at samtykkeerklæringen om innsyn i pasientjournal stadfester at innsyn begrenses til det som er relevant for denne studien og at innsynet skjer gjennom pasientens egen lege.

AFU har mottatt svar med utdyping og presiseringer på disse punkter som er tilfredsstillende unntatt det siste punkt. Firmaet innrømmer at samtykkeerklæringen kan forbedres, men at erklæringen i prinsipp ivaretar AFUs krav og dessuten er godkjent av Regional forskningsetiske komité. En ny søknadrunde representerer unødig tidsspille, hevder firmaet. AFU aksepterer dette argument, men forutsetter at GlaxoWellcome utarbeider en samtykkeerklæring som klart og utvetydig er i overensstemmelse med AFUs godkjenningskrav og retningslinjene av 1995 fra NEM til bruk ved senere studier. Vi håper på konstruktivt samarbeid om dette, anbefaler at allmennpraktikere deltar og ønsker delta-gerne lykke til med studien.

Kunngjøringer av protokollvurderinger foretatt av Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU)

Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) har vurdert protokoll 2SW40010 fra GlaxoWellcome – en studie som sammenlikner effekten av et nytt migrenemiddel med nsaid i en dobbelblindet kryssoverstudie. Pasientene er selektert ved at de ikke responderer tilfredsstillende på behandling med asetylsalicylsyre (ASA) eller paracetamol. I AFUs vurdering av studien kommenteres følgende punkter:

1. Ved at pasientene er selektert (mangelfull respons på en prostaglandinhemmer), vil sammenlikning med nsaid svekke studiens relevans og validitet.
2. Det må komme klart frem at ekstrautgifter som følge av undersøkelsen ikke kan belastes offentlige eller private instanser, men belastes firmaet.
3. Hvilken betaling legene skal få i undersøkelsen.
4. Allmennmedisinsk forskningsutvalg kan ikke akseptere et generelt journalinnsyn som et ledd i utprøvers kvalitetskontroll. Ved behov for å sjekke spesifikke opplysninger opp mot informasjon i journalen, skal journalgjennomgangen foregå via den aktuelle lege etter samtykke fra pasienten. Innsynet skal bare gjelde det som er nødvendig av hensyn til til studien.

Firmaet og deltagende kolleger har vedtatt å starte studien uavhengig av AFUs godkjenning pga lang behandlingstid i AFU. Lang saksbehandlingstid var forårsaket av sykdom. Forskningsutvalget har mottatt tilfredsstillende svar på punkt 2 og 3.

Enkelt.



Hvilke tegninger passer sammen?
– Tegn strek mellom dem.

ORFYN
MA 82

C Seretide Diskus "Glaxo Wellcome"

Adrenergikum + kortikosteroid
ATC-nt.: R 03A K06

T INHALASJONSPULVER 50/100
µg/dose, 50/250 µg/dose og 50/500 µg/dose i
Diskus: Hver dose inneh.: Salmeterol, xinaf, aqkv, sal-
meterol 50 µg og fluticason, propion, 100 µg, resp.
250 µg og 500 µg, lactos. **Egenskaper:**

Klassifisering: Seretide inneholder salmeterol og flutikasonpropionat som har ulike virkningsmekanismer. Salmeterol relaksere bronkialmuskulatur og virker symptomforebyggende. Flutikasonpropionat virker antiinflammatorisk og forebygger eksaserbasjoner. **Virkningsmekanisme:** Salmeterol: Salmeterol er en selektiv langtidsvirkende beta-2-agonist. Den bronkodiaterende effekten inntrer etter 10-20 minutter og varer i minst 12 timer. Flutikasonpropionat:

Flutikasonpropionat har en potent antiinflammatorisk effekt i lungene. I lungene har flutikasonpropionat-reseptor-komplekset en halveringstid på ca. 10 timer. Samtidig inhalasjon av salmeterol og flutikasonpropionat synes ikke å påvirke farmakokinetikk for substansene. Den enkelte substans farmakokinetikk kan derfor vurderes hver for seg. Salmeterol: Farmakokinetikken for salmeterol er ufullstendig utredet p.g.a. tekniske vanskeligheter med å måle de svært lave plasmakonsentrasjoner som sees etter inhalasjon. **Absorpsjon:** Maksimal plasmakonsentrasjon etter inhalasjon (50 mikrog): ca 200 pg/ml. **Metabolisme:** Utstrakt hydroksylering i leveren. Hovedmetabolitten er aktiv, men effekten er av kortere varighet (in vitro-data). **Utskillelse:** Hovedsakelig via lever. Ved regelmessig dosering av salmeterolpropionat, kan hydroksylinolinsyre påvises i sirkulasjonen, og når steady state konsentrasjoner ved ca 100 ng/ml. Disse konsentrasjonene er ned til 1/1000 av de steady state nivåer som er observert i toksisitetsstudier. Ingen skadelige effekter er sett etter regelmessig langtidsbruk (mer enn 12 mnd.) hos pasienter med luftveisobstruksjoner. Flutikasonpropionat: **Absorpsjon:** Systemisk biotil-

gjengelighet etter inhalasjon er ca 12-26 %, avhengig av legemiddelform. Ubetydelig oral biotilgjengelighet (<1 %), p.g.a. ufullstendig absorpsjon og høy grad av first-pass-metabolisme. **Distribusjon:** Plasmaproteinbinding ca. 90 %, distribusjonsvolum (Vss) ca 300 l. **Biotransformasjon:** Hovedsakelig i lever via CYP 3A4 til en inaktiv karboksylsyremetabolitt. **Eliminasjon:** Hovedsakelig via feces. Terminal halveringstid ca. 8 timer, clearance 1,1 l/min.

Indikasjoner: Vedlikeholdsbehandling av bronkialastma, der en kombinasjon av langtidsvirkende beta-2-agonist og kortikosteroid er indisert. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Bivirkninger:** Samtidig administrasjon av salmeterol og flutikasonpropionat har ikke gitt økt frekvens eller andre bivirkninger enn for substansene gitt hver for seg. **Rapporterte bivirkninger:** Salmeterol: Hypotensjon (>1/100); Palpitasjoner, hodepine, tremor, muskelkrampe, sjeldne (<1/1000); Hypokalemi, overfølsomhetsreaksjoner (utslett, ødem, angioødem), takykardi, antriagi. Arytmier (inkludert atrieflimmer, supraventrikulær takykardi og ekstrasystoler) er rapportert hos utsatte pasienter.

Flutikasonpropionat: Hypotensjon (>1/100); Candida-infeksjoner i munn og svelg. Heshet. Sjeldne (<1/1000); Overfølsomhetsreaksjoner. Både heshet og candida infeksjon kan forebygges ved gurgling av hals og skylling av munnhule med vann etter inhalasjon. Symptomgivende candidainfeksjoner kan behandles med fungicider til lokal bruk, samtidig som behandling med Seretide fortsetter. Som ved annen inhalasjonsterapi kan paradoksal bronkospasme inntreffe umiddelbart etter dosering. Dette skal behandles med korttidsvirkende bronkodilator med raskt innsettende effekt til inhalasjon. Seretide Diskus-behandling skal da avbrytes umiddelbart. Etter klinisk vurdering av pasienten gis alternativ terapi dersom det er nødvendig.

Forsiktighetsregler: Preparatene er ikke til behandling av akutte anfall, men for regelmessig behandling. Pasientene trenger en bronkodilator med raskt innsettende effekt og kort virketid (f.eks. salbutamol) til behandling av akutte symptomer. Dersom pasienten må øke forbruket av beta-2-agonister med kort virketid for å kontrollere astmasymptomene, tyder dette på en forverring av sykdommen. Plutselig og tiltagende

GlaxoWellcome
FOR HELSE OG LIVSKVALITET

Dobbelt så enkelt.



Seretide Diskus er den første og eneste kombinasjon av et inhalasjonssteroid og en langtidsvirkende β_2 -agonist i én inhalator. Med Seretide Diskus kan pasientene få effektiv kontroll av både astmasymptomer og inflammasjon med én inhalator.

Glaxo Wellcome AS, Postboks 4312 Torshov, 0402 Oslo · Tlf.: 22 58 20 00 Fax: 22 58 20 03 · www.glaxowellcome.no

Seretide™
salmeterol/flutikason

forverring av astmasymptomer er potensielt livstruende og man bør vurdere å øke dosen av inhalert kortikosteroid. Hvis nødvendig, gis et systemisk kortikosteroid i tillegg og/eller et antibiotikum dersom det er en infeksjon med i sykdomsbildet. Seretide bør brukes med forsiktighet hos pasienter med alvorlig kardiovaskulær sykdom inkludert hjertearytmier, ubehandlet hypokalemi, lungtuberkulose og/eller thyreotoksikose. Hos et fåtall pasienter er det observert en viss reduksjon i plasmakortisol ved høye doser (f.eks. > 1 mg/dag). Binyrebarkfunksjon og reservekapasitet holdes vanligvis innenfor normalområdet ved terapeutiske doser. Overgang fra systemisk steroidbehandling: Overfør til inhalasjonsbehandling når respirasjonsfunksjonen er rimelig stabil. Inhalasjonsbehandling gis i tillegg til systemisk behandling som deretter gradvis seponeres i tiden etter overføring fra peroral behandling kan pasientens binyrebarkrespons være svekket. Kontroller pasienter med binyrebarksuppresjon regelmessig og reduser den orale steroiddosen forsiktig. Vurder tillegg av systemiske steroider ved stress, for eksempel forverring av astmaattakk, infeksjoner eller kirurgiske inngrep. Overgang fra systemisk

behandling til inhalasjonsterapi kan avdekke tidligere steroidmaskerte allergier. Både selektive og ikke-selektive β_2 -blokkere bør unngås hos pasienter med astma, med mindre det er svært lungtvevende grunner for bruk av disse. **Graviditet og amming:** Graviditet: Sikkerheten ved bruk er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. Dyrestudier viser reproduksjonstoksiske effekter (ganespalte, forsinket forbering), som indikerer en mulig risiko for fosterskader. Kombinert bruk av salmeterol og flutikason skal kun brukes ved graviditet hvis fordelene oppveier en mulig risiko. Amming: Både salmeterol og flutikason går over i melk hos rotte. Det er ikke klarlagt om barn som ammes kan påvirkes. Preparatet bør derfor ikke brukes ved amming. **Interaksjoner:** Mulighet for interaksjoner med andre substrat eller CYP 3A4-hemmere kan ikke utelukkes. **Dosering:** Preparatene må brukes regelmessig, også i symptomfrie perioder, for optimal behandlingseffekt. Terapeutisk effekt av flutikason inntreffer etter 4-7 dager. Behandlingen må kontrolleres regelmessig av lege, slik at pasienten til enhver tid får den riktige styrke. Seretide. Behandlingen må ikke avsluttes brått, og

dosen endres kun etter avtale med legen. Dosen justeres til man oppnår kontroll, eller lavest mulig dose som gir tilfredsstillende klinisk effekt. Dersom aktuell dosering ikke dekkes av Seretide, forskrives passende dose β_2 -agonist og/eller kortikosteroid. **Voksne og barn over 12 år:** 1 inhalasjon (50 mikrog salmeterol og 100 mikrog flutikasonpropionat) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 1 inhalasjon (50 mikrog salmeterol og 250 mikrog flutikasonpropionat) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 1 inhalasjon (50 mikrog salmeterol og 500 mikrog flutikasonpropionat) 2 ganger daglig (morgen og kveld). **Barn 4-12 år:** 1 inhalasjon (50 mikrog salmeterol og 100 mikrog flutikasonpropionat) 2 ganger daglig (morgen og kveld). Data foreligger ikke for behandling av barn under 4 år. Det er ikke nødvendig å justere dosen ved behandling av eldre eller pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon. **Overdosering:** Det er ikke gjort studier på overdosering av Seretide. Overdosering med de enkelte substanser se nedenfor: Symptomer på overdosering av salmeterol er tremor, hodepine og takykardi. Antidot er kardioselektiv β_2 -blokker som skal brukes med forsiktighet hos pasienter med kjent bronkospasme i

anamnese. Dersom behandling med Seretide må avbrytes p.g.a. overdosering av β_2 -agonist-komponenten, bør hensiktsmessig steroidterapi opprettholdes. Ved overdosering kan hypokalemiens forsterkes og kaliumbehandling bør overveies. Administrasjonsmåte gjør at det ikke foreligger noen reell risiko for overdosering av flutikason. **Andre opplysninger:** Inhalatoren ved hjelp av Diskus Diskus anvendes ved at en hendel skyves til side før inhalasjon. En dose kan da inhaleres. Et tellerverk viser hvor mange doser som er igjen i inhalatoren. **Forskrivningsregel:** Behandlingen av barn skal være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin eller pediatri. Behandling av voksne bør være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin. **Pakninger og priser:** Diskus: 50/100 $\mu\text{g}/\text{dose}$: 60 doser kr 453,60, 3x60 doser kr 1.216,50. 50/250 $\mu\text{g}/\text{dose}$: 60 doser kr 577,60, 3x60 doser kr 1.564,10. 50/500 $\mu\text{g}/\text{dose}$: 60 doser kr 765,30, 3x60 doser kr 2.099,20. Folleskatteavgift kr 16,06/99

T: 2

LEDIGE STIPENDIER**Allmennpraktikerstipend 1. halvår 2000**

Med midler fra Den norske lægeforenings fond til videre- og etterutdanning av leger, utlyser Instituttgruppe for samfunnsmedisinske fag i Oslo, Institutt for samfunnsmedisinske fag i Trondheim og Bergen og Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø 18 stipendmåneder for 1. halvår 2000 forutsatt at sentralstyret bevilger stipendmidlene. Det kan søkes om stipend for 1 til 6 måneder for allmennpraktikere som ønsker å gjennomføre et forskningsprosjekt og / eller medvirke til et undervisningsopplegg i allmennmedisin eller samfunnsmedisin. De oppgaver en ønsker å søke stipend for å gjennomføre, må ha en klar tilknytning til problemer innen primærhelsetjenesten. Kvinner oppfordres spesielt til å søke. Stipendiatene forventes å være tilknyttet ett av de nevnte instituttene i deler av stipendperioden. Hvis kvoten ikke fylles av søkere som arbeider i primærhelsetjenesten, kan også andre leger eller annet helsepersonell med interesse for eller tilknytning til primærhelsetjenesten komme i betraktning. Vi minner om at forskning i allmennmedisin kan telle i etterutdanningen, jfr. spesialistreglene. Allmennmedisinsk forskningsutvalg foretar tildelingen av stipendmidler etter innstilling fra de respektive institutter. Det er utarbeidet et søknadsskjema og veiledning for aktuelle søkere, som kan fås ved henvendelse til Allmennmedisinsk forskningsutvalg, Institutt for allmennmedisin, Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo, Tlf: 22 85 06 55, Fax 22 85 06 50. Søknader med kortfattede prosjektbeskrivelser sendes samme adresse innen **1. oktober 1999**. Søknader som er poststemplet etter søknadsfristen blir ikke tatt i betraktning.

Følgende søkere ble tildelt allmennpraktikerstipend for 2. halvår 1999:Oslo

Mark Fagan, fikk 1 måned til prosjektet «Antibiotikabruk i behandling av akutt bronkitt ved Arendal legevakst».

Bjørn Bratland, fikk 1 måned til prosjektet «En studie av polymyalgia rheumatica diagnostisert og behandlet i allmennpraksis».

Alexander Wahl, fikk 1 måned til prosjektet «Kan recidiverende cystitter forebygges hos fertile kvinner ved bruk av svake østrogener rundt urinrørsåpningen?»

Gunnar Mouland, fikk 2 måneder til prosjektet «Er det forsvarlig å avslutte utredningen av pasienter med antatt funksjonelle tarmlidelser når hemofecprøvene er negative?»

Audun Dyrdaal, fikk 1 måned til prosjektet «Hypertensjons-diagnosen i allmennpraksis – 24 timers blodtrykk».

Inger Marie Steinsholt, Seksjon for allmennmed. UiO, fikk 3 måneder til prosjektet «Monash-modellen: Consulting skills program».

Bergen

Hans Johan Breidablik, fikk 1 måned til prosjektet «Unge hybelboere – en risikogruppe?»

Asta M. Lysebo, fikk 2 måneder til prosjektet «Evaluering av læringsutbytte etter eit 15-timers

vidare- og etterutdanningskurs om skulderproblematikk i allmennmedisin».

Eli Anne Brugger, fikk 2 måneder til prosjektet «Evaluering av felles vakt-distrikt i Nordhordaland».

Marit Voltersvik, fikk 1 måned til prosjektet «Samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten».

Trondheim

Ola Storø, fikk 2 måneder til prosjektet «Evaluering av tiltak mot barnrastma og allergi i Trondheim».

Torbjørn Øien, fikk 1 måned til prosjektet «Evaluering av tiltak mot barneastma og allergi i Trondheim».

Betty Pettersen, fikk 3 måneder til prosjektet «Søkelys på samfunnsmedisinen – samfunnsmedisinen i fastlegeordningen».

Tromsø

Audun Aune, fikk 2 månedewr til prosjektet «Hjertefrekvensvariabilitet og akupunktur».

Aslak Johansen, fikk 2 måneder til prosjektet «Kreftoppfølging og allmennpraksis».

Tom Christensen, fikk 1 måned til prosjektet «Elektronisk henvisning og epikrise via Helsenett».

Alle trenger kalsium og D-vitamin...

NYCOMED



HUSK...
RESEPT-
PLIKTIG!

*-noen mer
enn andre.*

Calcigran Forte®

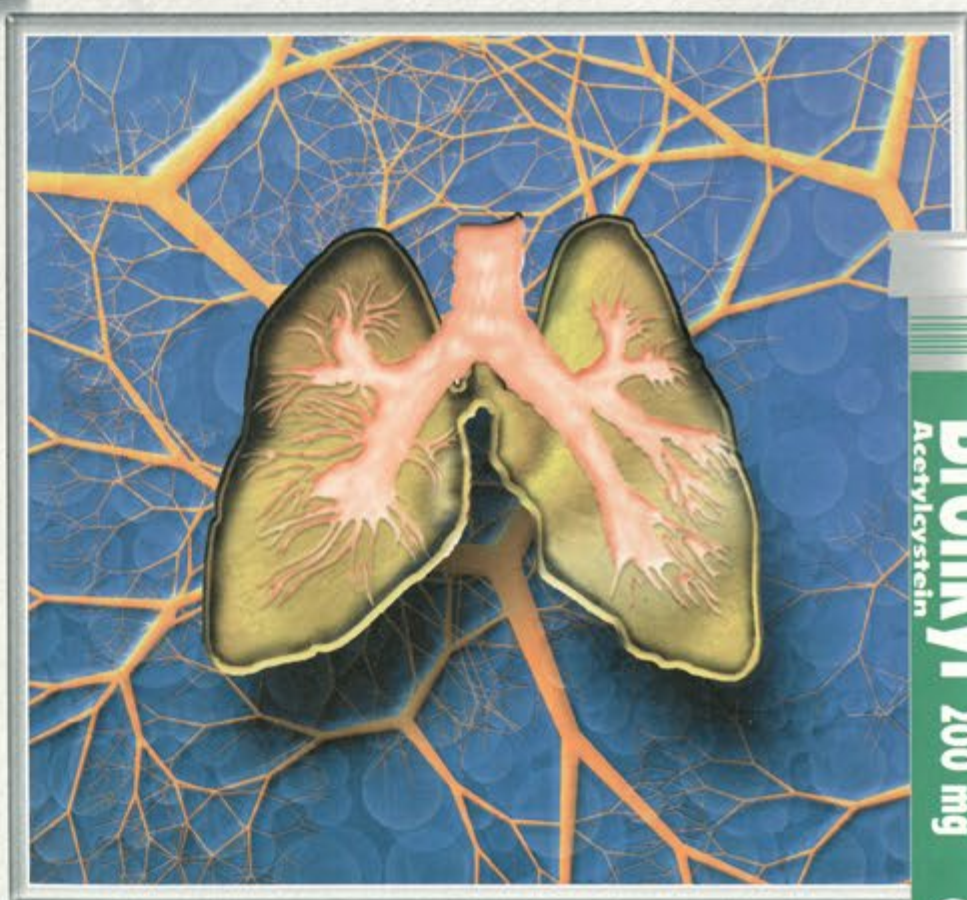
Kalsium 500mg, Vitamin D3 400IE

Bygger og forebygger

Basistilskudd til alle med osteoporose

Bronkyl

Acetylcystein



Reduksjon av:

- antall eksaserbasjoner
- sykefravær
- antibiotikaforbruk¹⁾

-mer enn et mukolytikum²⁾

C Bronkyl «Weifa»

Mukoregulatorisk middel.

T BRUSETABLETTER 200 mg: Hver brusetablett inneh.: Acetylcystein 200 mg, natriumhydrogenkarbonat, sitronsyre, laktose 250 mg, aroma og hjelpestoffer q.s. Bringeber-smak. **Egenskaper:** Klassifisering: Acetylcystein kan redusere hyppigheten av eksaserbasjoner ved kronisk bronkitt, og har antagelig en mukoregulatorisk effekt. **Virkningsmekanisme:** Ennå ikke klart, men det antas at acetylcystein administrert peroralt fungerer som en prekursor til glutation, som i sin tur binder toksiske stoffer i luftveiene. **Ab-sorpsjon:** Acetylcystein absorberes raskt. Maks. plasmakonsentrasjon etter 1-2 timer. **Indikasjoner:** Kronisk bronkitt. Forsøksvis ved cystisk fibrose. **Bivirkninger:** Lette gas-trointestinale bivirkninger av forbigående karakter. **Dosering:** Tas oppløst i 1/2 glass vann. Kronisk bronkitt: 1 brusetablett 2-3 ganger daglig. Cystisk fibrose: Barn under 7 år: 1/2 brusetablett 2-4 ganger daglig. Over 7 år: 1-2 brusetabletter 2-4 ganger daglig. **Pakninger og priser pr. nov. 98:** 25 stk kr 71,10. 100 stk. kr 196,70. T: 30.

ATCnr.: R05C B01

¹⁾ Boman et al, Eur J Respir Dis., 64, 1983, 405-415 ²⁾ Ziment, Biomed & Pharmacother., 42, 1988, 513-520