



Innhold:

Leder:

Å drive allmennlegepraksis en viktig oppgave vi aldri fikk utdannelse i

AV JANNIKE REYMERT s 1

Internkontrollpermen

AV JANNIKE REYMERT s 2

Gråt(t) i grått

AV KJELD MALDE s 6

Leger er dårlige regnskapsførere

AV ODDVAR AURAN s 10

Sånn gjør vi det

AV KJELL NORDBY s 12

Psykiatryi - og andre strategier for overlevelse

AV PETER PRYTZ s 18

Fastlegeordningen nærmer seg...

AV SVEIN STEINERT s 20

Etiske utfordringer i helsetjenesten

AV INGRID HAUGE LUNDBY s 24

En leges journal

AV STYX s 34

Lesverdig verdimelding

INTERVJU VED FRODE FORLAND s 36

Brev til Universitetet i Tromsø

AV JANNIKE REYMERT s 41

Faste spalter

s 42

utposten

Kontor:

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

Adresseliste redaktørene av
UTPOSTEN:

Torgeir Gilje Lid

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

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

Forsidefoto:

Torgeir Gilje Lid

Design & trykk:

PDC Tangen a.s

Å drive allmennlegepraksis – en viktig oppgave vi aldri fikk utdannelse i

D

e siste ti årene har det skjedd store endringer i organisering av mange norske allmennlegekontorer. På 80-tallet var fastlønnsleger i kommunalt drevne kontorer normen, iallefall i små og middels store landkommuner. Politisk var det å gjøre butikk på helsetjenester nærmest skambelagt, både blant kolleger og i samfunnet.

På 90-tallet har det å drive legekontor fått mer og mer butikkpreg, med myndighetenes velsignelse. Mange leger føler at de har fått igjen sin autonomi i arbeidsgangen. Myndighetene innser at de får mer for pengene, blant annet fordi selve driften av legekontorene ikke lenger er kommunenes problem, det gjør legene dels «innimellom» de medisinskfaglige oppgavene og dels på fritida. Den enkelte lege har dermed fått større ansvar og belastning i hverdagen, men mange synes det er en lav pris for den befriende følelsen det er å kunne styre kontoret etter de ønsker man selv måtte ha for rasjonell drift av legekontoret.

I fastlegeordningen ser det ut som det bare er de minste kommunene som beholder kommunalt drevne kontorer, og selv der vil legene ved sentret nok måtte ta sin tønn i ulike spørsmål vedrørende drift. Selv om de færreste leger har formell utdannelse i jus, økonomi og personalhåndtering er dette fagområder vi er nødt til å sette oss inn i og bruke tid og krefter på ved siden av selve legegjerningen.

Utposten har derfor valgt å samle endel stoff i dette og kommende nummere som dekker mye av det leger bør vite og kunne når de har ansvaret for drift av et legekontor. Vi håper dette stoffet bidrar til å klargjøre og inspirere til rasjonell drift av landets allmennlegekontorer. Det er i denne sammenhengen viktig å huske at publikums oppfattelse av oss ikke bare er basert på den gode legegjerning. Tilgjengeligheten på telefon, medarbeidernes trivsel, håndtering av henvendelser og så videre så absolutt er med på å skape vårt omdømme i befolkningen.

Jannike Reymert

Internkontrollpermen

Av Jannike Reymert



Allerede for 5 år siden skulle vi hatt den – og brukt den: Internkontrollpermen. Mange har likevel ikke kommet i gang med dette lovpålagte kontrollopplegget av egen praksis. Ingen skal påstå at temaet virker inspirerende, knapt noen tror det blir morsommere og lettere å drive egen praksis etter at man i timesvis har kavet seg gjennom lovformularer og forsøk på å beskrive egen virksomhet og hvordan man selv skal kontrollere at den er kontrollert.

For det er det det handler om: Først skal det skriftlig dokumenteres hvordan ulike prosedyrer foregår på kontoret, og så skal man ha en plan for selv å kontrollere at det faktisk foregår som beskrevet og hva man eventuelt gjør ved avvik, uhell eller uheldige sider av vår kontordrift.

Det handler lite om medisinsk-faglige rutiner, hvordan du håndterer infarktpasienten eller en sår hals er uinteressant her, men søppelhåndtering, kontroll av elektriske apparater og håndtering av klager og telefonhenvendelser skal beskrives i permen. Det er driften av praksisen det handler om.

- lag den på kurs!



Fra dr. Reno Karlsens legekontor, Stavanger.

Foto: Torgeir Gilje Lid.

Å se på sin egen praksis med kritiske øyne er neppe dårlig anvendt tid. Samtidig som de enkelte rutiner taes opp til vurdering kan man ved å drøfte dem se muligheter til forbedringer som gavner både pasienter, ansatte og legene.

Intet legekontor er for lite (eller stort!) i denne sammenheng, om driften er privat eller offentlig er også uinteressant, leder av kontoret eller legene i fellesskap er forpliktet til å ha dette i orden.

Det er muligheter for å kjøpe ferdiglagde permer, men jeg er ikke sikker på om man da oppnår målet uten vel så mye arbeid og mindre læring enn i en hjemmesnekret variant. Disse permene har ingen verdi hvis de støver ned i hylla, og

skulle fylkeslegen eller andre øvrighetspersoner noen gang sjekke våre rutiner på området står en ulest, ikke oppdatert perm til stryk.

I vår kommune har vi derfor gjort en vri på dette, med godt utbytte.

Inspirert av Karin Skarsaune (konsulent hos fylkeslegen i Finnmark) lagde vi et kurs for alle legekantorene i kommunen og fikk godkjent 9 kurstimer til videre- og etterutdanningen. På tre kvelder jobbet så leger og medarbeidere seg gjennom på forhånd nedskrevne punkter som tilsammen ble brukt som mal til kontorets internkontrollperm. Samtidig som vi da la fram hvordan vi gjør det på vårt kon-

tor fikk vi høre hva de andre gjorde, og med det fikk vi gode ideer til endringer av kontordriften – eller overbevisning om at vi gjør det bra/bedre enn de andre (det siste gav mange gode følelser i en middels utladet allmennpraktikersjell! Anbefales!).

Notatene fra medarbeidere og leger ble flettet sammen og komponert til en beskrivelse av de prosedyrer vi har på ulike områder. Etter dette gjenstod det kun å lage et skjema for *systemrevisjon* (kronen på verket så og si!): en årsplan for når hvem skulle etterse hva. Denne kan så med letthet legges inn i timeboka som påminning. Kari sjekker da brannvarslerne og brannslukningsapparatene i januar, Per sjekker alt elektrisk utstyr i februar, Mari sjekker prislistene i mars og september mens Ola går gjennom selve internkontrollpermen i desember osv.

APLF og NSAM har gått sammen og laget en enkel mal til internkontrollpermen. Her prøver man å dekke tilsynskravene myndighetene stiller til oss. Den kan hentes ut på Internett under adressen:

<http://www.legeforeningen/yf/aplf/internkontroll.htm>

Den er for tiden under revisjon.

Om man så velger å lage en versjon på data eller den gode gamle papir-i-perm-metoden er en smakssak.

Helsetilsynet har samlet aktuelle lover i et skriv: IK 2610, man kan også søke på Helsetilsynets hjemmeside:

<http://www.helsetilsynet.no>

Kvalitetssikring og interkontroll er på en måte to sider av samme sak. Kjell Nordby har skrevet *Kvalitetshåndbok for legekontorer i allmennpraksis*. Den er utgitt i legeforeningens skriftserie for leger og er både lettlest og oversiktlig.

Både fylkeslegen, branntilsynet, arbeidstilsynet, elektrisitetstilsynet, fylkesskattekontoret og pristilsynet har rett og plikt til å kontrollere at vi har våre rutiner i orden, så vi kan ikke se bort fra mange kontrollbesøk i tida framover.

Dersom man skaffer seg litteratur som angitt ovenfor er det ikke mangel på informasjon som hindrer kontoret i å ha en god internkontrollperm, det skorter nok heller på initiativ og orket til å komme i mål med den ferdiglagde permen. Hvis det hjelper, kan jeg betrygge tvilende sjeler med følgende: Det tok mange timer og mye slit med skriving og

redigering av permen, men når jobben er ferdig satt vi igjen med en god følelse av å ha «fullkommen» oversikt over egen praksis. De ni kurspoengene er heller ikke å forakte, for ikke å snakke om hva vi nå stolt kan vise frem til de som eventuelt kommer på praksisbesøk, det være seg kolleger eller fylkeslegen!

Vi har laget en kortversjon av APLF/NSAMs håndbok for interkontroll for at leserne skal få et visst begrep om hvilke temaer som skal omtales i internkontrollpermen.

MAL FOR INTERNKONTROLLPERM

1. Beskrivelse av virksomheten.

Mål for virksomheten, type praksis, forhold til kommunen.

2. Organisering og ledelse.

Driftsform, ansettelsesrutiner av medarbeidere, hvem har ansvar for hva mht personalet, regnskap, data mm. Eventuell avtale som regulerer dette kan legges ved.

3. Opplæring/vedlikehold av kunnskap.

Leger, medarbeidere, renholdspersonell.

4. Utstyr.

Elektriske artikler, forbruksmateriell, medikamenter osv. Innkjøp, vedlikehold osv.

5. Forhold til brukerne.

Skilting, prislist, åpningstider, telfontilgjengelighet (til kontoret og legene), timebetillingsrutiner, øyeblikkelig hjelp-henvendelser, klagesaker, truende pasienter.

6. Drifts rutiner.

Dataanlegget, posthåndtering, reseptutskrivninger, håndtering av prøvesvar, smitteprofylakse, medarbeideres delegerte oppgaver.

7. Dokumentasjon.

Journalhåndtering av leger og medarbeidere.
Plan for systemrevisjon.
Oppdatering av internkontrollpermen.

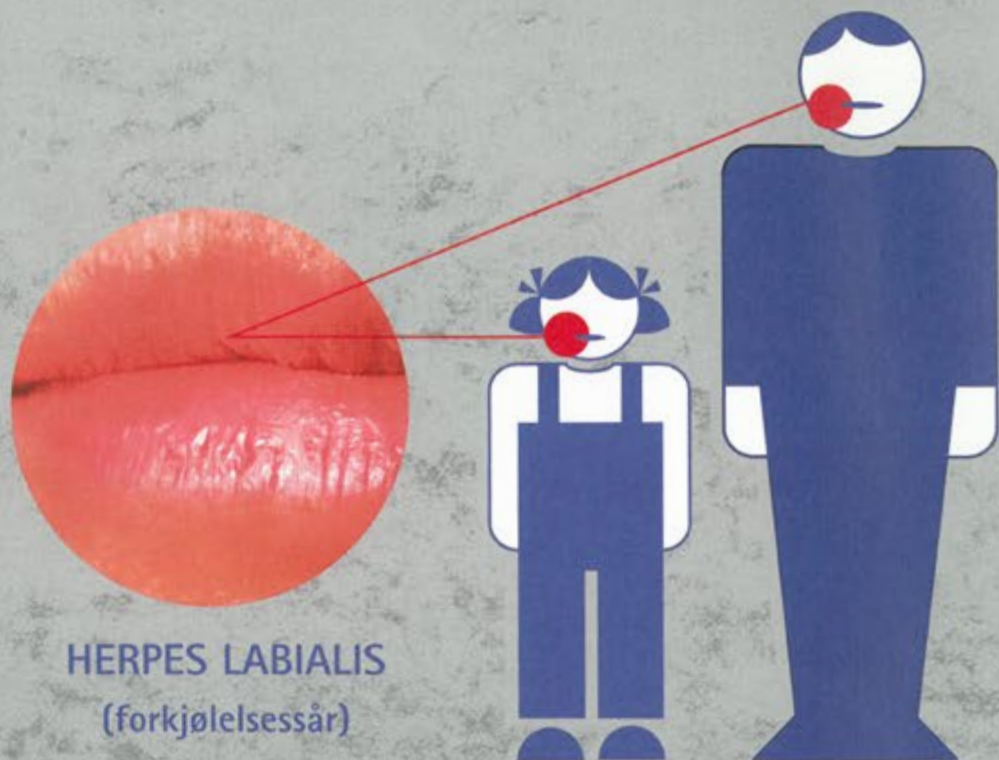
8. Klage og avvikshåndtering.

Godt å ha tenkt gjennom før man sitter der....

ZoviraxTM krem 5%

aciclovir

- Endelig i Norge!



HERPES LABIALIS
(forkjølelsessår)

Zovirax Krem 5% Antiviralt middel.

ATC-nr.: D06B B03

KREM 5%: 1 g inneh.: Aciclovir, 50 mg, propylenglykol, hvit vaselin, cetostearylalkohol, flytende parafin, poloxamer 407, natriumlaurylsulfat, rensset vann til 1 g

EGENSKAPER: *Klassifisering:* Acyklisk nukleosid med god løselighet i alkaliske vannløsninger. Spesifikk antiviral effekt in vitro mot Herpes I og II. Toksisiteten mot infiserte pattedyrceller er lav. *Virkningsmekanisme:* Aciclovir fosforyleres til den aktive metabolitten aciclovirtrifosfat i den herpesinfiserte cellen ved tilstedeværelse av Herpes simplex-kodet tyimidinkinase. Aciclovirtrifosfat forhindrer viral DNA-syntese ved å fungere som substrat for og hemmer av herpespesifikk DNA-polymerase. Normale cellulære prosesser i ikke-infiserte celler påvirkes bare i ubetydelig grad.

INDIKASJONER: Behandling av Herpes labialis hos pasienter med normalt immunforsvar.

KONTRAINDIKASJONER: Overfølsomhet for aciclovir eller øvrige innholdsstoffer.

BIVIRKNINGER: Forbigående brennende følelse eller stikking etter påføring. Mild uttørring eller avlassing av hud har vært sett hos 5% av pasientene. Erytem og kløe har vært rapportert. Kontaktdermatitt har i

sjeldne tilfeller vært rapportert. I sensitivitetstester har dette for det meste vært forårsaket av hjelpestoffer i krembasen og ikke aciclovir.

FORSIKTIGHETSREGLER: Zovirax krem bør ikke påsmøres slimhinner, for eksempel i munnen, øynene eller vagina, da kremen kan irritere. Særlig forsiktighet må utvises for å unngå feilbruk av kremen i øynene.

GRAVIDITET/AMMING: Bør kun brukes dersom klinisk fordel oppveier den potensielle risikoen for fosteret. Det er bare påvist teratogen effekt i noen tester og bare hos rotte etter meget høye subkutane doser. Overgang i placenta: Opplysninger mangler. Overgang i morsmelk: Aciclovir er påvist i morsmelk i konsentrasjoner som kan påvirke barnet.

DOSERING: Behandling av Herpes labialis: Voksne og barn: Kremen påsmøres hver 4. time i den våkne delen av døgnet, dvs. 5 ganger daglig. Behandlingen bør vare i 5 dager. Dersom såret ikke er tilhelet kan behandlingen utvides til 10 dager. Kremen bør påsmøres så tidlig som mulig i sykdomsforløpet. Behandling av residiv bør påbegynnes allerede i prodromalstadiet eller når lesjonene begynner å vise seg.

PAKNINGER OG PRISER:

Krem: 2 g: 68,10, 5 g: 103,60.

Preparatomtale og priser per 01.11.99.

GlaxoWellcome
FOR HELSE OG LIVSKVALITET

Avd. Bergen. Postboks 224, Sentrum. 5804 Bergen. Telefon: 55541280 - Telefax: 55541299
Glaxo Wellcome AS, Postboks 4312, Torshov, 0402 Oslo. Telefon: 22582000 - Telefax: 22582004. www.glaxowellcome.no

GRÅT(T) I GRÅTT??

Av Kjeld Malde



Kjeld Malde, leder av Kvalitetssikringfond 1 og medlem i Kvalitetsforbedringsutvalget i DNLF. Tidligere medlem av Fagutvalget og styret i APLF. Har vært aktiv i Legevaksaker og skrev med Odd Kvamme heftet «Legevakt» for APLF. Leder av Aust-Agder Lægeforening i 6 år.

Har gjennomført 3 veiledningsgrupper, og veiledet studenter og turnuskandidater. Medlem av Praksisutvalget for allmennmedisin. Var med og skrev Målbeskrivelse for allmennmedisin.

Stortingsrepresentant for SV fra Finnmark og lege i Alta Olav G. Ballo sa i et debattprogram på TV2 for noen uker siden at et besøk hos lege koster kr.400! Det gjør det ikke hos meg, så jeg forsøkte via Eyr å uteske ham om hvordan det kunne henge sammen (det var også før siste egenandelsøkning). Men jeg fikk ikke svar. Derimot svarte kollega Daniel Haga i Alta at det ikke var der man tok 400 kr i honorar for en konsultasjon. At det koster 400 kr (og kanskje mer?) for et besøk hos lege i Oslogryta er vel mer sannsynlig. Ballos utsagn provoserte meg. Som et av medlemmene i Praksisutvalget for allmennmedisin, er det naturlig å interessere seg for takstbruk, men vi har ikke diskutert takstene som brukes utenom og i tillegg til Normaltariffen. Derimot fikk vi i min tid i styret i APLF av og til på bordet hele smørbrødlister med takster for utstyr og ekstraytelser.

Egenandelene er definert i Normaltariffen og er faste i den forstand at de skal kunne påføres kvitteringskortet, dekkes av trygden i visse sammenhenger (frikort, yrkesskade, barn under 7 år).

Tilleggstakstene er det legen selv som fastsetter, og betales av pasientene i tillegg til egenandelen fastsatt i Normaltariffen. De vil være regulert i for eksempel prisforskrifter eller andre lover og regler fastsatt av samfunnet. Skal vi ta for oss bruk av tilleggstakster må vi først komme inn på de ulike avlønningsmåter og avtaler leger har.

Leger med driftstilskudd

Her må man følge Normaltariffen og dens takster. Den begrenser i stor grad adgangen til å bruke tilleggstakster. Først og fremst presiseres i kapittel II i normaltariffen under punkt A at:

«Takstene for enkle pasientkontakter innbefatter skriving av resept og utfylling av sykmeldingsattest I.» Det er ikke tillatt å ta mer enn fastsatt takst for telefonkonsultasjon eller konsultasjon ved bud (Ibd, kr 20) eller for enkelt fremmøte (Iad) hvis det ikke foregår en konsultasjon. Konsultasjon er definisjonsmessig et møte med pasienten på et kontor med lukket dør. Jeg opplever at enkelte pasienter i konsultasjonen kan spørre om de ikke skal betale ekstra for resepter. Enten henger dette igjen fra gammelt av, eller det kan være at de er vant til det fra andre legekontorer. Det er iallfall ikke tillatt å beregne ekstra for resept for de som har driftstilskuddsavtale. Forrige normaltariff var uklar på dette punktet, og det ble livlig diskutert hvordan dette med betaling for resept skulle håndheves. Man fant det bl.a. unaturlig at det var refusjon fra trygden på innringt resept, mens den som var så uklok å møte opp i skranken fikk betale. Nå står det: «Ved henting av resept/sykmelding som følge av telefonkontakt kan det ikke kreves egenandel (takst Ia) av pasienten.» Det blir derfor ulovlig å kreve betaling først av trygden for telefonhenvendelse og så ved henting av resepten. Derimot åpner jo Legeforeningens tilleggstaksthefte for å ta et beløp hvis man formidler resepten til apotek via fax eller telefon eller sender resepten til pasienten i brev. Skjønn resonnementet den som kan. Den danske kommentar i Månedsskrift for praktisk lægegerning er: «Kan det gøres mer innviklet?»

Ved bruk av laboratorietakstene regnes hatte utgifter (medgått tid, apparatur, materiell) å inngå i refusjonstakstene. Det er derfor tvilsomt praksis å beregne seg tilleggstakster for slike utgifter.

Leger med rett til trygderefusjon, men ikke driftstilskudd

Her vil man ha rett til å ta høyere egenandel per konsultasjon. Men det er bare Normaltariffens egenandel som kan

påføres kvitteringskortet, og trygden refunderer kun den fastsatte egenandel i forbindelse med frikort. Det er mer tvilsomt om man kan ta ekstra ved bruk av labtakstene eller prosedyretakstene. Som ved avtale om driftstilskudd, vil Normaltariffen i utgangspunktet være det som regulerer prisene. Men lege uten driftstilskudd og lege uten noen rettigheter (etablert praksis etter 01.10.92) kan fritt beregne tilleggshonorar innenfor Konkurranselovens rammer. Mens tidligere Prislov hadde et direkte forbud mot «urimelige (høye) priser», er det i Konkurranseloven forbud mot såkalt «konkurranseskadelig adferd». Tanken er kanskje heller at det er ulovlig å samarbeide om prisfastsettelse.

Viktig er det å være klar over at vi etter «Forskrift om prisopplysning ved legetjenester» som trådte i kraft 01.01.94, har plikt til å opplyse om våre priser overfor pasientene. Priser for eventuelle tilleggssytelser som den enkelte lege beregner seg, skal føres opp slik at pasienten (kunden) kan se og sammenligne.

Leger som etablerte praksis etter 01.10.92

(Er det virkelig så lenge siden?). Pasientene som oppsøker lege uten trygderefusjon og driftstilskudd, må betale «markedspris». Legene (les: pasientene deres) har ikke rett til trygderefusjon.

Her mener jeg legeföreningen sov i timen (igjen), og burde sammen med pasientene kjørt adskillig hardere på det faktum at det i utgangspunktet er befolkningen og ikke legene som har rettigheter overfor trygden. Men staten skalter og valter som den vil (kfr. (Krf?)). en økning i egenandelene på snart 90% i løpet av få år. Egenandelen hos lege var 83,- kr i 1997, nå betaler pasientene 110 kr ved en enkel konsultasjon samtidig som det er blitt egenandel på innsending av blodprøver og andre prøver etter 701a,b eller c.

Det er prismekanismer, delvis regulert i prisforskrifter, som regulerer markedet. Også Håndverkstjenesteloven regulerer hva som er lov å ta i pris. Den sier bl.a. i § 36 at «forbrukeren kan kreve at tjenesteyteren skriver regning. Regningen skal gjøre det mulig å bedømme osv. (altså en spesifisering av hva som er gjort). Videre heter det at tjenesteyteren ikke kan beregne seg bestillingsgebyr, ordregebyr, ekspedisjonsgebyr, gebyr for skriving og sending av regning i tillegg til prisen for tjenesten. Bestemmelsen gjelder eksplisitt håndverkere, men må trolig også anvendes overfor andre, så som de liberale yrkesutøvere.

Normaltariffen

Et godt råd er å finlese Normaltariffen ved hver forandring og nyutgave. Men nå forandres jo takster og egenandeler seg så ofte at selv Normaltariffen ikke blir ajourført hver gang. I Normaltariffen står det mye som mange ikke har lest godt nok. Dels glemmer man takster, dels bruker man takster feil, og til en viss grad blir det helt galt det man gjør. Også

forskriftene i Normaltariffheftet kan det være greit å ha lest. I heftet står også takster for tjenester overfor trygden (L-takstene), samt takster for andre tjenester.

Underholdende kan det være å lese det lille ekstraheftet til Normaltariffen som Legeforeningen har utgitt etter dispensasjon gitt av Prisdirektoratet den 8 august 1988.

Takst for epilering gir 200 kr/time, derimot får man 540 kr timen for akupunktur. For kollegial assistanse ved operasjoner får man 210 pr time (noe bedre er i siste taksthefte takst 148 hvor refusjon er 325 pr time). Hvori forskjellen ligger har jeg ikke skjönt. Såkalt nødvendig samtale med pårørende per påbegynt halvtime gir 180 kr. (360 kr for 31 minutter!) Fotografering, inntil 3 bilder kr 100,- Lurer på hvor mange som bruker disse?

Men nå vil ikke Legeforeningen, ifølge sentralstyrevedtak i januar 2000, fortsette å utgi dette tilleggsheftet, noe som kanskje vil gi enda mer differensiert prissetting enn nå.

Kollektivavtalen av 21 mai 1999

Man kan også ved avtale om driftstilskudd velge å ikke være med på Kollektivavtalen. Men ved akseptering og inngåelse av Kollektivavtale mellom Lægeforeningen og Rikstrygdverket har ikke legen anledning til å kreve pasienten (trygdens medlem) «for den del av legehonoraret som trygden godtgjør (2.1)»

Videre står det i en protokolltilførsel, pkt. 3, at «Partene er enige om at spørsmålet om i hvilken utstrekning legen på regningsblanketten (til trygden) jfr. pkt 4.1. i avtalen, plikter å oppgi hva pasienten har betalt som honorar ut over fastsatt egenandel og refusjon, avklares i forbindelse med takstforhandlingene». Her vil alle tilleggstakster måtte komme inn. Dette er foreløpig ikke iverksatt. Derimot har jeg motatt brev fra Fylkesligningskontoret, som gjerne vil ha oppgitt alle slike inntekter for året 1999 sammen med selvangivelsen. Begrunnelsen er at undersøkelser bl.a. i Oslo har vist en slett regnskapsførsel blant legene.

Prosedyretakstene

Når vi beveger oss inn på pkt E i normaltariffen (takstene 100–600), er det nok mange som beregner seg ekstra for utgifter. Her sier Normaltariffen at det i takstene er iberegnet utgifter til desinfeksjonsmidler og alminnelig engangsutstyr. I tillegg kan legen kreve dekket av pasienten utgifter til bedøvelsesmidler, medikamenter, bandasjemateriell og prosedyresepesifikt sterilt engangsutstyr (her menes vel skalpeller, biopsistanser og lignende) etter legens kostnad.

Men det er like etter presisert at det ikke kan beregnes ekstra for engangsutstyr som sprøyter m.v. (hva nå m.v. kan være? kanyler?), da disse utgifter inngår i taksten. Det er heller ingen egen takst for GU, enkelte leger tar betalt for det.

Laboratorietakstene

Kapittel F (takstene 700–799) begynner med prøvetakingstaksten 701a., som er blitt egenandel. Det samme er 701b fra 01.02.00. Takstene inkluderer utgifter til «porto, forskriftsmessig prøveglass og emballasje. (merkna F1). Det har vært diskutert om takst 701a (evt. takst 701b) kunne kombineres med enkel kontakt, fremmøte, takst 1a. Eller om 701a inkluderer fremmøte? Jeg tror man først må møte frem, (takst 1a) og så ta/sende prøve, takst (701a).

Det var neppe meningen at det skulle tas betalt for materiellet ved undersøkelser som for eksempel blodsukkerbelastning eller prikktesting. Her er takstene såpass gode at dette er inkludert. Men det står heller ikke eksplisitt at det er forbudt å beregne seg for disse utgiftene. Noen tar ekstra for flere av laboratorietakstene hvor prøvemateriellet koster mye. Her er det vel en betydelig «gråsone» hvor det har utviklet seg en (u)kultur mange steder (etter som mange mener at takstene ikke har fulgt med prisutviklingen). Det koster kanskje 10 kr ekstra for CRP, kanskje 15 for streptest og lignende for helicobaktertest og mononukleosetest. EKG tar mange også ekstra betalt for. Det kan vel forsvares å ta for engangs-elektroder med bedre hygiene som grunn. Da HIV, AIDS og hepatittene gjorde sitt inntog, var vel smitteprofylakse noe mange begynte å ta ekstra betaling for. Bruken av engangshansker økte sterkt. Selv lærte jeg å sy uten hansker på jubilerende Oslo legevakt i 60-årene da de sparte det som den gang ansås som unødvendige utgifter.

Trygdeskjemaer

Trygden har iallfall hittil spandert ferdig adresserte og frankerte konvolutter til innsendelse av sykmeldinger. Det sies at ordningen skal opphøre.

For utfylling av andre og ofte mer omfattende og tunge skjemaer til trygden, innbefatter honoraret utgifter både til porto og skrivhjelp. På tyngre uføresaker er det altså ikke lov som enkelte gjør, å bruke ferdig frankerte konvolutter fra trygdekontoen limt utenpå C4 konvolutter.

Once  Daily

MONOKET® OD

ISOSORBID - 5- MONONITRAT



**Nitratbehandling
hos anginaspasienter
bør individualiseres
for optimal effekt¹**

**Studier har vist at
100 mg x1 Monoket OD
øker effekten i forhold
til 50 mg x1 pr. døgn²**

**Den nye 100 mg
kapselen gjør det lett
å gi maksimaldosen
av Monoket OD**

Ref:

1. J. Abrams, Am. J. Cardiol 1985; 56: 12-18A.
2. A. Beyerle, Am. J. Cardiol 1990; 65: 1434-7.

Monoket OD "Pharmacia & Upjohn"

Nitropreparat.
ATC-nc: C01D A14

DEPOTKAPSLER, harde 25 mg, 50 mg og 100mg: Hver depotkapsel inneholder isosorbidmononitrat 25 mg, 50 mg, resp. 100 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E 172), Mandioksid (E 171).

Indikasjoner: Profylakse mot angina pectoris.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for nitrater og relaterte organiske nitratforbindelser. Alvorlig hypotensjon og hypovolemi. Hjertesvikt. Konstriktiv perikarditt. Obstruktiv hypertrofisk kardiomyopati. Økt intrakraniell trykk. Samtidig behandling med sildenafil.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Uvelhetsfølelse, «flushing». Mindre hyppige: Gastrointestinale: Brekninger, diaré, sjeldne (<1/1000): Øvrige: Besvimelse. En blodtrykkssenkning kan føre til reflekstorisk takykardi, svimmelhet og besvimelse.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet bør utvises ved arteriell hypoksemi som skyldes alvorlig anemi da biotransformasjon av isosorbidmononitrat er redusert. Pasienter med hypoksemi og ubalansert ventilasjon/perfusjon pga. lungesykdommer eller iskemisk hjertefeil skal behandles med særlig forsiktighet. Hos pasienter med angina pectoris, hjerteinfarkt eller cerebral ischemi kan nitrater forverre balansen mellom ventilasjon/perfusjon og føre til nedgang i arteriell partiell oksygentrykk. Nitrater kan gi blodtrykkfall og kraftig reduksjon av minuttvolumet hos

pasienter med aortastenose og mitralstenose. Brukes med forsiktighet til pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon pga. redusert eliminering av isosorbidmononitrat. Toleranseutvikling eller avtagende effekt forekommer ved kontinuerlig eller hyppig dosering av langtidsvirkende nitrater, inkl. transdermale systemer. Nitratfri intervaller på 8-12 timer hvert døgn anbefales for å hindre toleranseutvikling. Ved dosering 1 gang daglig oppnås lav plasmakonsentrasjon mot slutten av doseringsintervallet og risiko for toleranseutvikling blir minst mulig. Brå seponering/heddrapping bør unngås pga. risiko for angina pectoris-angfall og overlappende behandling bør igangsettes. Preparatet kan gi svimmelhet og hodepine, særlig i starten av behandlingen, som gjør at reaksjonsevnen kan nedsettes.

Graviditet og amming: Overgang i placenta: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. Dyrestudier er heller ikke tilstrekkelige til å utrede evt. reproduksjonstoksiske effekter. Preparatet skal bare brukes under graviditet hvis fordelene oppveier en mulig risiko. Overgang i morsmelk: Det er ikke klarlagt om barn som ammes kan få skadelige effekter. Preparatet bør derfor ikke brukes ved amming.

Interaksjoner: Ved samtidig bruk av trikykliske antidepressiva og alkohol kan den blodtrykkssenkende effekten potenseres av isosorbidmononitrat. Isosorbidmononitrat kan øke biotilgjengeligheten av dihydroergotamin. Hos pasienter med koronar arteriesykdom kan dihydroergotamin antagonisere effekten av isosorbidmononitrat og føre til koronar vasokonstriksjon. Muligheten for at inntak av acetylsalicylsyre og NSAID kan redusere effekten av isosorbidmononitrat kan ikke utelukkes.

Se Interaksjonstabellen i Felleskatalog 1999. (1,87e glyseroltrinitrat)

Dosering: 50 mg 1 gang pr. døgn. Dosen kan ved behov økes til 100 mg 1 gang pr. døgn. Ved oppstart av behandling anbefales en startdose på 25 mg pr. døgn de første 2-4 dagene. Monoket OD gis 1 gang pr. døgn for å få et intervall med lav nitratkonsentrasjon (<100 ng/ml).

Kapslene svelges hele sammen med et 1/2 glass væske. Kapslene kan åpnes, men må ikke tygges. Ved profylaktisk behandling er det viktig at legemidlet doseres på faste tidspunkter.

Overdosering/ Forgiftning: Ved overproduksjon av methemoglobin som følge av overdosering: I.v. tilførsel av askorbinsyre eller metylenblåttoppløsning. Oksygenetterset. For øvrig vanlig generell behandling. Se kapitlet Behandling av akutte forgiftninger i Felleskatalog 1999. (F: 94d metyltinn)

Pakninger og priser pr. 1.1. 2000:

Depotkapsler: 25 mg Enpac: 14 stk. kr. 65,50.
98 stk. kr. 250,70. Endose: 49 stk. kr. 144,80.
50 mg Enpac: 14 stk. kr. 80,50.
98 stk. kr. 358,50. Endose: 49 stk. kr. 197,00.
100 mg Enpac 98 stk. kr. 599,00.

T:12 Reseptgruppe C.

Dato: 15.2.2000



Pharmacia
& Upjohn

Leger er dårlige regnskapsførere

Av informasjonsrådgiver Oddvar Auran, Nord-Trøndelag fylkesskattekontor

Skatteetaten mener å ha god dekning for å påstå at leger er dårlige regnskapsførere.

Dette bekreftes av de kontrollprosjekter som er utført i flere fylker. Undersøkelser tyder på at ca 70% av næringsdrivende leger ikke har ført regnskapene i samsvar med reglene i regnskapsloven.

Vårt beste tips til de som ikke oppfyller de krav som stilles i regnskapsloven er at de skaffer seg en autorisert regnskapsfører.

Dette vil være lønnsomt i det lange løp.

Det er ganske skremmende at det ved de undersøkelser skatteetaten har gjennomført på forskjellige steder i landet kan påvise at ca 70 % av næringsdrivende leger ikke har ført tilfredstillende regnskaper. Ofte blir det hevdet at legene har så lang arbeidstid at regnskapsføringen blir en salderingspost. Til dette er å si at det neppe er noen god begrunnelse når skatterevisoren banker på døra. For oss som arbeider med kontrollvirksomhet, er anbefalingen at det er lite fornuftig at en yrkesgruppe som har lange arbeidsdager skal sitte å føre regnskap i en sårt tiltrengt fritid. Vårt råd er derfor at det mest fornuftige er å skaffe profesjonell hjelp. Regnskapsføringen er som kjent fradragsberettiget utgift.

Mangler

Erfaringene fra de bokettersyn som er gjennomført, kan oppsummeres slik:

- Svært få fører regnskap etter regnskapslovens bestemmelser
- Store mangler vedrørende legitimasjon av kontantomsetningen

- Fullstendige timebestillingsbøker legges ikke fram ved kontroll
- Betydelige uoppgitte inntekter, både egenandeler og refusjoner
- Påfallende lavt overskudd hos leger med næring som biinntekt
- Ikke legitimerte utgifter. Her skal det foreligge fullstendige originalbilag for alle utgifter.
- Private utgifter fradragsført som næringsutgift

Vi sitter tilbake med et inntrykk av at mange skriver sine oppgaver selv. Våre kontroller har vist at svært ofte samles bilagene gjennom året og oppsummeres og føres inn i resultatpostene i næringsoppgavene når selvangivelsen skal innleveres. I slike tilfeller foreligger det ikke regnskap, men kun summering av bilag.

Vi har fått en ny regnskapslov som stiller nye krav til regnskapsføring og regnskapsavleggelse. Skatteetaten ønsker at de oppgaver som leveres skal ha en tilfredstillende kvalitet, slik at vi senere ikke må gå til det skritt å foreta etterlikninger og bruk av tilleggsskatt.

Konsekvenser av skatteunndragelser og regnskapsmangler

Er regnskapsmaterialet som foreligger mangelfulle, vil ligningsloven gi ligningsmyndighetene anledning til å sette regnskapet til side og anvende skjønn. Dette kan være aktuelt der omsetningen ikke er legitimert etter regnskapsreglene (f eks forhåndsnummererte bilag mangler, timebestillingsbøker mangler eller daglig kassaavstemming ikke er foretatt).

Ved tilsidesettelse av regnskapet med anvendelse av skjønn på inntekten, eller dersom det konstateres uoppgitte inntekter eller for mye fradragsførte kostnader, vil det normalt ilegges tilleggsskatt. Tilleggsskatten kan ilegges med inntil 60% av det unndratte skattebeløp. Ligningsmyndighetene kan endre ligningen for de siste 10 år. I riktig grove tilfeller kan det komme på tale med politianmeldelse.

Kontroller

Med de resultater som kontrollene har vist, er det grunn til å regne med at det bare er et tidsspørsmål før kontroller blir

igangsatt. Det beste råd som kan gis, er at de som ikke mestrer regnskapsføringen skaffer seg en autorisert regnskapsfører. En regnskapsfører koster en del. Men det kan bli verre om en ikke har regnskapene i orden den dagen kontrollen starter.

Regnskapsplikt mv.

Ny regnskapslov trådte i kraft fra 1.1.99. Ny forskrifter til regnskapsloven fikk vi fra 1.7.99. Loven og forskriften inneholder en del nye bestemmelser og har dessuten samlet enkelte bestemmelser som tidligere var hjemlet i andre lover eller forskrifter.

Vi vil nedenfor peke på enkelte bestemmelser som gjelder for legene.

Etter regnskapsloven § 1-2 annet ledd er alle som er pliktige til å levere næringsoppgave etter ligningsloven regnskapspliktige etter kapittel 2 i regnskapsloven. Det innebærer at de er fritatt for en del plikter som den nye regnskapsloven pålegger f.eks. selskaper som også er pålagt å avgi årsregnskap i en spesiell form med bla. benyttelse av spesielle vurderingsregler og noteopplysninger til årsregnskapet. Dette gjelder ikke leger som driver sin virksomhet i aksjeselskaps form etter § 1-1 første ledd nr.1. De vil ha full regnskapsplikt med årsregnskapsplikt, noteopplysningsplikt, osv.

Den nye regnskapsloven stiller ikke lenger krav om at spesielle bøker skal føres. Men en regnskapspliktig skal registrere i et system alle de transaksjoner og disposisjoner som har betydning for utarbeidelse av næringsoppgaven. I praksis vil vi anta at dette systemet vil være et tradisjonelt elektronisk regnskapsprogram eller et manuelt system med de tradisjonelle bøkene.

Registrering av kontantomsetning

Den nye regnskapsloven setter spesielle krav til registreringen av kontantomsetning. For legers vedkommende kan det skje på kassaapparat. Kassaapparatet skal telles opp daglig og skal daglig kunne skrive ut daterte summeringsrapporter. Dersom kassaapparatet har mulighet for det, kan summeringsrapportene oppbevares elektronisk i kassaapparatet.

For leger er det ikke plikt til å bruke kassaapparat, men hvis det ikke brukes, skal kontantomsetningen dokumenteres ved gjenpart av daterte, forhåndsnummererte salgsbilag. Kontantsalget skal sammenholdes med daglig opptelling av kassen og skal dokumenteres.

For leger som er lønnet og kun har ambulerende virksomhet (legevakt) med omsetning mindre enn tre ganger folke-

trygdens grunnbeløp, kan registrering skje fortløpende i en forhåndspaginert, innbundet bok.

Timebestillinger

Regnskapspliktige som utfører tjenester etter timebestilling, skal registrere bestilte timer. Registreringen skal omfatte tidspunktet for utførelse av tjenesten og pasientens navn. Dersom avbestilt time erstattes av ny time, skal den nye bestillingen framgå i timebestillingssystemet. Den tidligere bestillingen kan fjernes.

Registreringen av bestilte timer inngår som endel av regnskapsmateriellet og er oppbevaringspliktig i 10 år.

Tidspunktet for registrering

Annen registrering utover registrering av timebestillinger og kontantomsetning skal minst skje ved utløpet av hver periode med pliktig rapportering. Eksempler på pliktig rapportering kan være levering av selvangivelse med næringsoppgave.

For regnskapspliktige som har ansatte, er det kun krav om at lønningsregnskapet er ajour ved utløpet av hver rapporteringsperiode som vil være tidspunktet for innlevering av oppgaver over arbeidsgiveravgift og skattetrekk.

Oppbevaringsplikt

Regnskapsmaterieell skal oppbevares ordnet og betryggende i 10 år etter regnskapsårets slutt. Det skal oppbevares på en slik måte at lesbarheten opprettholdes i hele oppbevaringstiden.

Som regnskapsmaterieell regnes all pliktig registrering av transaksjoner og disposisjoner. For leger vil det foruten det tradisjonelle regnskapsmateriellet også være oppbevaringsplikt bla. på alt grunnlagsmaterieell for lønn og skattetrekk, timebestillingsmedia, summeringsstrimler fra kassaapparat, brukerhåndbok til regnskapsystemet og kassaapparatet.

Overgangsregler ift ny regnskapslov

Fram til 1.1.2001 kan den regnskapspliktige velge å benytte regnskapsreglene i den gamle loven av 13.5.77 og i de gamle regnskapsforskriftene ved registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger.

Plikter ved offentlig kontrollinnsyn

Etter regnskapsloven § 2-7 og 2-8 skal den regnskapspliktige legge fram regnskapsmateriellet for offentlig kontrollmyndighet i en form som muliggjør etterkontroll.

Den regnskapspliktige skal dessuten yte nødvendig bistand ved regnskapskontrollen og stille utstyr og programvare til disposisjon for kontrollen. Dersom den næringsdrivende har overlatt registrering og oppbevaring av regnskapsmateriale til andre f.eks. regnskapskontor, gjelder også plikten til å yte bistand også vedkommende.

DRIFT AV LEGEKTOR

Sånn gjør VI

Kjell Nordby, f. 1948

Arbeidet halv dag i allmennpraksis siden -78 kombinert med halv stilling som heimværende samme tidsrom. Drevet endel med videre- og etterutdanningsaktiviteter i mange år og er nå leder av spesialitetskomiteen i allmennmedisin.

Å beskrive driften av et legekontor kan fort utvikle seg til en ganske middelmådig og altfor lang kortroman. Dette får heller bli en fortelling om noen gode løsninger – og noen dårlige! En kollega uttalte for noen år siden at det var typisk norsk å være g(r)o(d)!, og siden hun sa det er det sikkert sant, men det er ikke like typisk norsk å skryte av seg selv. Skal det imidlertid være noen vits i å fortelle hvordan vi på vårt legesenter har organisert oss, er det viktig å fortelle om de gode løsningene.

Først noen basisopplysninger:

Legesentret i Molde ble etablert i 1971. Det ligger i Storgata og er byens største legekontor med fire driftshjemler i klasse tre. To mannlige kolleger har vært med siden starten, et legeektepar har delt en stilling i 21 år, og yngste kollega har vært med 6–7 år. Vi har romslige lokaler, totalt 360 kvadratmeter, for tiden er husleia om lag kr 23500/mnd. Fire hele hjelpepersonellstillinger, sykepleier i halvstilling, resten er legesekretærer.

Administrasjon

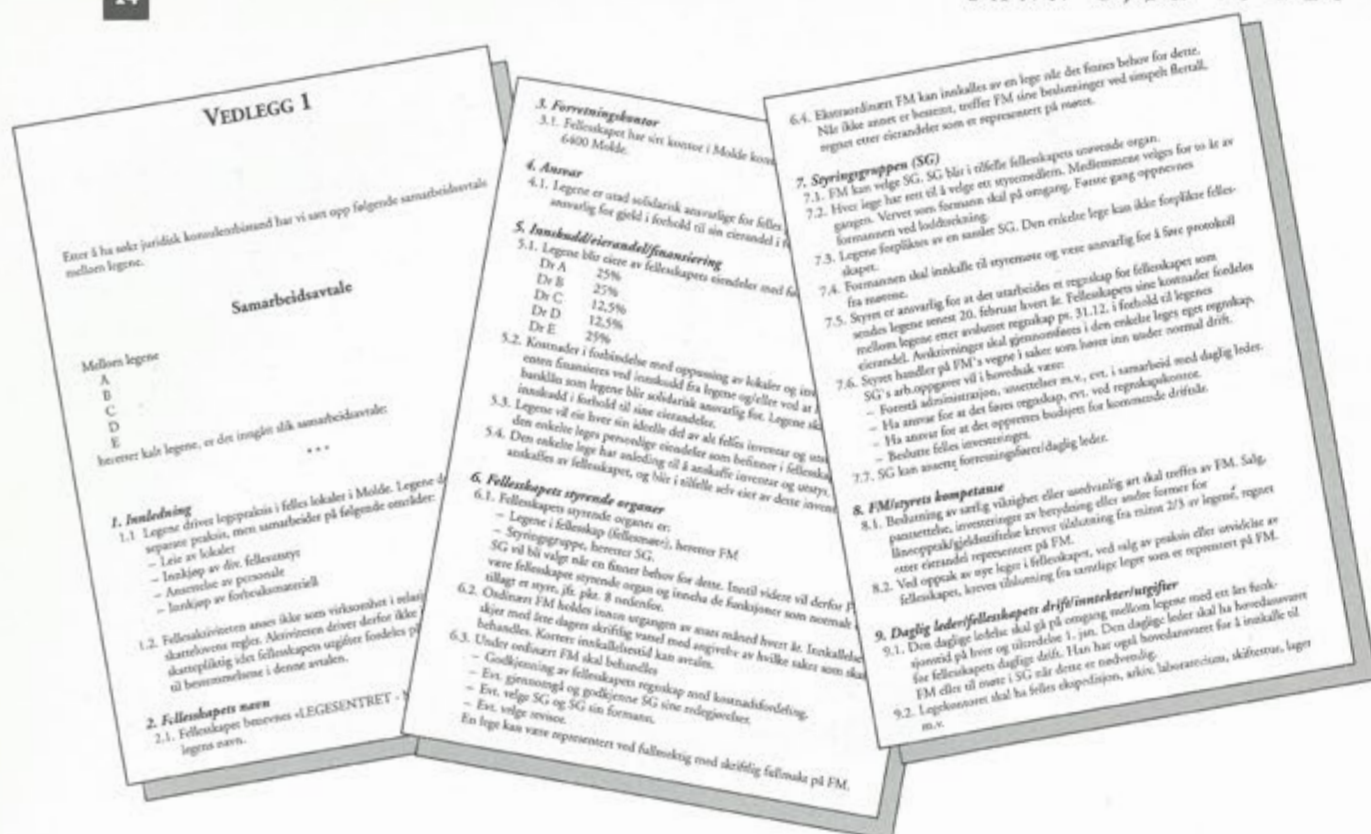
På dette området er vi dessverre intet eksempel til etterfølgelse, man kan kanskje heller si vi er et skrekkenes eksempel, noe som også kan ha stor læringsverdi, så derfor litt om våre ferdigheter her:

Min svoger, som er bedriftsrådgiver, har ristet på hodet i mange år over hvordan vi administrerer butikken vår.

«Dere strider mot all fornuft og erfaring fra næringslivet», pleier han å si med ettertrykk, «Enhver virksomhet i en noenlunde konkurranseutsatt bransje ville gått nedom og hjem for lenge siden hvis ledelsen hadde hatt en slik holdning til ledelse og administrasjon.» Ingen av oss legene er nemlig spesielt lystne på å ta den jobben, så derfor deler vi på den og lar den gå på åremål. Det vil si at vi har en stadig skiftende ledelse bestående av to personer som har sitt beste øyeblikk når året er over og bunken med løslapper kan leveres over til neste person. Dog har vi prøvd å skjerpe oss: For noen år siden satte jeg opp alle de punktene jeg kunne komme på som krevde administrasjon, i alt 41 punkter. Disse ble inndelt i 5 temagrupper fordelt mellom legene med en hovedansvarlig og en nestkommanderende. Etter to uker var alt fullstendig virvar: Tidligere visste vi i hvert fall hvem som var administrerende, nå var vi det alle, men ingen husket for hva! Neste forsøk gikk ut på å betale hverandre 10 000 kr. per år for administrasjonsjobben. Det skulle innebære at administrerende krysset seg ut noen timer per uke. Etter å ha byttet penger slik noen år, fant vi ut at de færreste var verdt denne lønna, og sluttet med det. Hadde det vært noe tak i oss, skulle en tatt på seg administrasjonsjobben og fått 50 000 kr i året for den, det veit jeg har vært vellykket andre steder.

Vi har brukt en lokal forretningsadvokat til å utforme vår samarbeidsavtale (1, vedlegg 1). Da vi tok inn en ny kollega for 6-7 år siden, gjorde vi en tilføyelse i vår opprinnelige avtale for å sikre oss: «Etter å ha vært lege ved legesentret i 15 år, kan en lege trekke seg ut av fellesskapet med sitt driftstilskudd etter en oppsigelsestid på to år». Dette for å unngå at en ny kollega stikker av med sitt driftstilskudd etter kort tid, eller, hvis noen av de gamle finner ut at her trives man ikke lenger, så skal man slippe å flytte fra byen fordi det ikke finnes nye ledige driftshjemler, men ha mulighet for å ta med seg sin hjemmel etter lang og tro tjeneste og etablere seg på nytt.

Fra starten av jobbet hjelpepersonellet på faste steder. Etter hvert fikk vi ansatt legesekretærer som var utdannet til å mestre alle arbeidsoppgavene på et legekontor. Vi så det



skapet vårt, ser vi at målsettingen om få og store innkjøp som vi hadde satt opp for noen år siden, er meget langt fra å være oppnådd. Det er kanskje ikke så farlig, men når vi f. eks. handler medikamenter på apoteket tre dager etter hverandre, er dette et tidsspille og handler om dårlig planlegging og enda dårligere totaloversikt. Og for den som sitter og skal attestere på regninger blir det tiltakende vanskelig å ha oversikt jo flere regninger som kommer, personalet på sin side sier at etter jobbrotasjonen ble innført er de sjeldnere på den plassen der de har sitt individuelle ansvar for å holde oversikt over lagerbeholdning. Akkurat nå ser det ut som om vi har betydelige oppgaver foran oss med hensyn til å bedre vår økonomikontroll.

Skranken

Vi har større pågang av pasienter enn vi klarer å håndtere - dog var køene i våre lokaler betydelig lengre før. Nå er det noen ganger så tomt at både vi og pasienten lurer på om det i det hele tatt er noen som er på jobb i dag. Dette skyldes noen små justeringer i timebøkene våre der vi har lagt inn et par halvtimes konsultasjoner hver formiddag for å komme ajour. For øvrig kjører vi 20 minutters timeavtaler, og har nylig satt opp et par skilt i lokalene om at en vanlig legetime er stipulert til mellom 15 og 20 minutter, og at det dermed sier seg selv at det er begrenset hvor mange problemstillinger man kan klare å håndtere forsvarlig på denne tiden, samt at øyeblikkelig hjelp timer er satt opp med vesentlig kortere tid og dermed kun er ment å skulle omhandle akutte problemstillinger. Vi har ikke fått noen reaksjoner på disse plakatene, og hun som kom med 17

spørsmål på lappen sin, og ettersendte to til per brev noen dager seinere skal fortsatt få lov til å spørre meg om mye, for hun tåler korte svar!

To av personalet sitter hele tiden i skranken. Vi har satt opp en skillevegg på utsiden, slik at pasienter kan vinkes over til luke nummer to for å avlaste luke en eller for å kunne fortelle sine historier rimelig avskjermet fra resten av køen..

Livet i skranken oppleves travelt, og det er mange måter å få stramme nakkemusklene på: Når doktoren roper i callingen, telefonen kimer og folk henger inn gjennom luka og alle forlanger å bli betjent samtidig, forstår selv en arbeidsgiver at dette blir stressende. Men ved at færre pasienter sitter og venter på venterom og korridorer får vi redusert en del mas, og legene ordner selv med ny kontrolltime der det er nødvendig. Etter hvert har vi fått hodetelefoner (stetomic) som fungerer og ikke ødelegger frisyren og som derfor(?) brukes av damene og dermed skåner skulder- og nakkemuskler.

Skulle vi bygd ny skranke i dag, burde vi overveid å bygge den slik de har bygd den på Molde politistasjon. Der er nemlig gulvet hevet en del slik at «kundene» står med skranken i brysthøyde og politifolkene ser litt ned mot klientene. Det er mye psykologi i en slik konstruksjon! Man får bedre oversikt, føler seg mindre overkjørt av en lang og frustrert kø, og kan, hvis man blir angrepet verbalt, reise seg slik at man blir stående enda høyere. Alternativet er en lav skranke som er svært bred for å holde folk litt unna.

To meter bak skranken har vi et nærlager med de vanligste blankettene, det gjør at påfyll kan skje umiddelbart. Tre av legene bruker kassaapparatet i skranken og syns at det er en grei måte å sikre seg at alt som blir mottatt blir registrert og oppgitt.

Vi har også et callingsystem som vi som regel bruker internt fremfor å bruke telefonen. Det er greit, men lyden bærer jo da utover og pasienter kan komme til å høre hva som blir sagt, så vi har måttet gå noen runder om hvilke problemstillinger personalet ikke skal presentere for en travel doktor via callingen. Det hender jo at noen og enhver – ja selv den dørste – kan miste litt av sin stoiske ro når enkelte klienter krever å få ordnet sine saker umiddelbart, og da er ikke callingen noen egnet samtalemedium.

Arkivet

Etter 8 år med data har vi etablert om lag 18 000 datajournaler. I vårt snart 30 år gamle papirarkiv har vi anslagsvis 40 000 papirjournaler. Etter å ha konferert med fylkeslegen, ansatte vi litt ekstrahjelp for noen år siden, og fikk makulert flerfoldige sekker med journaler der det ikke var gjort notater de siste 10 årene. Papirjournalene brukes lite, vi ber kanskje om å få inn journalen en gang per dag i gjennomsnitt. Muligens er vi litt baktunge, men fortsatt arkiverer vi de innscannede epikrisene i papirjournalen, og mener at vi får lettere oversikt over gamle epikriser i våre gamle journaler enn på data'en. En del enkle epikriser blir imidlertid makulert etter innscanning. Etter innbrudd på skiftestua i arbeidstiden har vi også flyttet våre mest populære medikamenter samt vår felles vaktkoffert inn i arkivdelen fordi det alltid er personale tilstede der. Bakerst i arkivdelen ligger skrivestua, men etter hvert skriver legene nesten alt sjøl, og det går uker mellom hver gang det nå er noe til skriving.

Laboratoriet

For tyve år siden hadde vi to fysiokjemikere i full tid på labben. Nå har vi en legesekretær som blir bistått av vår fjerde ansatte når det blir for travelt. Kø er kjedelig for pasientene, og stressende for oss. Køpunktene er mange: Skrankekø ved ankomst, så ventetid på venterommet eller i legekontorgangen, så laboratoriekø og til slutt betalingskø. For å ha muligheter for å kunne bruke to ansatte til å ta unna en lang kø har vi ordnet det slik at man kan ta blodprøver to steder inne på laboratoriet. Det trengs sjelden, men brukes av og til. Problemet er at man ikke ser køen innefra laboratoriet, så det blir opp til legene som passerer og som alltid er på etterskudd å varsle om dette, og vi tenker ikke alltid så langt.

For å få slutt på at folk stadig kom inn på laboratoriet fordi de bare skulle et eller annet i all hast, laget vi et kolappsy-

stem med ringeklokke som pasienten bruker for å varsle at nå er det noen som venter utenfor, og som personalet bruker for å varsle tilbake om at nå er det ledig og bare å komme inn. Dette fungerer bra. I tillegg har vi satt opp et par plakater på laboratoriedøra om hvilke rutiner vi har for vurdering av prøvesvar og hvor vi ber om at ikke pasientene ringer oss om dette, men at vi tar kontakt hvis vi anser det for nødvendig. Vi har brukt et lokalt firma til å lage disse plakatene, det ser mye mer skikkelig ut enn håndskrevne forsøk. Vi har også tilsvarende plakater i skranken.

De lokale prøvene som analyseres skrives ned på et ark før beskrives inn i datajournalen. Hver lege har sin skriveblokk, og denne skriveblokken har vi fått trykt opp hos vår papirleverandør. Før ble resultatene skrevet inn hult i bult og var tunge å lese, men nå har vi laget kolonner for hver prøve slik at vi leser dem lynraskt. (1, vedlegg 3) Patologiske svar merkes av personalet. Vi har beholdt dette trass i datakvitteringer. På slutten av dagen syns de fleste av oss at det er godt å lese fra et ark og ikke se på uendelige datakolonner.

Skiftestue

Ingen av legene er spesielt kirurgisk interessert, så skiftestua brukes ikke så mye med et lokalsykehus rett i nærheten. Men til tider er det likevel betydelig trafikk der med sårskift og sprøytesetting med mer. Det er utrolig hvor mye som kan få preg av øyeblikkelig hjelp: Hvem har vel ikke møtt B12 pasienten med behov for øyeblikkelig injeksjon – enten fordi han har gått over 3 måneders perioden, eller fordi han i det siste, trass i at det ikke har gått så lang tid, har blitt så slapp. Til tider har vår skiftestue fungert som den rene «surf in clinic», inntil vi satte foten ned og etablerte timebestilling der også. Nå forlanger vi at folk kommer til tider som passer oss fremfor at vårt personale skal løpe fram og tilbake og få stadige avbrudd i andre arbeidsoppgaver. Mandagen er vår travleste dag, da har vi ikke timebestilling på skiftestua, men utfører selvsagt legeordinerte oppgaver der. De andre dagene har vi fem minutters timer satt opp en snau times tid fra morgenen og tilsvarende etter lunsj. På denne måten har vi i hvert fall delvis fått mer struktur på dette, og også sørget for at vår fjerde ansatte kan få fred og ro til å sitte og scanne inn epikriser på skiftestua og gå ifra papirbunken der for å avhjelpe på laboratoriet ved behov.

Legekontor

De første 8 årene jeg arbeidet besvarte jeg alltid telefonene umiddelbart under konsultasjonen. Jeg trodde det var riktig. En dag tok jeg opp formiddagens konsultasjoner på video, etter å ha sett gjennom dem la jeg neste dag umiddelbart om min telefonrutine; enkelt og greit og uten skygge av tvil. For meg ble det klinkende klart at jeg måtte endre rutine. Det så direkte stygt ut med alle disse avbruddene, og



*Fra dr. Reno
Karlsens legekontor,
Stavanger.
Foto:
Torgeir Gilje Ltd.*

konsentrasjonen og rytmen i konsultasjonen ble ødelagt. Nå ringer jeg tilbake, som regel mellom konsultasjonene, men blir det travelt, så kan det bli utsatt til slutten av dagen. Vi bruker ikke timeboka til slike meldinger, men damene prøver å notere en linje i journalen om problemstillingen og printer ut dette på en lapp som vi tar med inn på kontoret. På lappen forsøkes også påført når pasienten er tilgjengelig, f. eks. etter kl 14. Sjøøl bruker jeg hodetelefon når jeg snakker i telefonen, dermed kan jeg sitte å skrive ned problemstillingen og gjøre ferdig resepter og eventuelle rekvisisjoner mens samtalen foregår. Flere enkle registreringer viser at jeg gjennomsnittlig bruker 5 minutter på hver telefon.

Telefonen har man et blandet forhold til. Vi bruker ikke såkalt telefontid, men har i perioder overveiet å sette et tak på antall telefoner per dag, akkurat som vi har et tak på antall pasienter per dag. Men vi har ikke fått det til ennå.

Timeboka vår er satt opp slik at en lege har en uke med øyeblikkelig hjelp om gangen. Den uka har han satt opp fire faste pasienter, mens resten skal være ledig for øyeblikkelig hjelp, noe som dessverre sjelden skjer fordi våre lange ventelister tvinger oss til å kline inn pasienter både her og der. Daglegevakta i kommunen settes opp som egen liste, og vi gjør det slik at den av oss som har ø.-hjelpsdag automatisk tar daglegevakta når en av senterets leger er satt opp på daglegevakt. Vi tar altså ansvar for at Legesentret alltid har øyeblikkelig hjelp kapasitet, og slipper å bry oss med bytte av daglegevakt om vi er satt opp på dette en dag vi er borte. Da går jobben automatisk over på vakthavende på senteret.

Vi har i prinsippet tre ulike timekategorier: åpne timer som er ledige for alle, kontrolltimer som bare skal benyttes av legen til avtalte kontroller og så øyeblikkelig hjelp timer. Men dette fungerer bare sånn passe p.g.a. den store pågangen. En kvinnelig kollega har etablert «mannetimer» som bare er åpne for menn, og «ung»-timer som bare skal belegges med ungdom for å skåne seg for bølgen av middelaldrene medsøstre og få en noe mer variert praksis. Sjøøl har jeg «usynlige» timer, dvs at jeg står utkrysset en ettermiddag hver uke. Timer som ikke fins er nemlig de eneste timene som ikke blir belagt når krisa er ute og går, og det er den rett som det er. Dermed har jeg en ekstravote med timer som jeg utelukkende disponerer sjøl. Det er noe av det lureste jeg har funnet på for å unngå å bli sittende med ekstrapasienter utover ettermiddagen med synkende blodsukker og humør og lure på hvor meningen med livet har blitt av.

Avslutning

Man kan lett tro at våre små enheter ute i allmennpraksis går av seg sjøl og at administrasjon av slike sentra lett gjøres innimellom pasientkonsultasjonene. Tror man det, bør man tro om igjen!

Referanse:

1. K. Nordby. Kvalitetshåndbok for legekontorer i allmennpraksis. Den norske legeforening. Skriftserie for leger: Etterutdanning og kvalitetssikring.

Ny organisering for lindrende behandling

Fra Omsorgsråd til norsk forening

Rådet for omsorg for alvorlig syke og døende, eller Omsorgsrådet, er antakelig lite kjent blant allmennleger. Rådet ble dannet 1984 etter initiativ fra engasjerte fagmennsker som sykehuspresten i Trondheim Lauritz Lauritzen og sykepleier Marie Aakre. Rådet ble tilknyttet Den Norske Kreftforening (DNK) som har finansiert Rådets drift. På samme tid som Omsorgsrådet ble dannet, utkom NOU 1984: 30 Pleie og omsorg for alvorlig syke og døende mennesker. Denne offentlige utredningen fikk stor betydning både for Rådets arbeid og for at lindrende behandling og dødspleie kom på dagorden i Helsenorge.

Omsorgsrådet - pådriver for lindrende behandling

Rådet tok initiativ til opprettelse av Ressurssenteret, som ble drevet av sykepleier Eva Botten. Hun koordinerte etter hvert et nettverk av 100 rådgivningsgrupper for omsorg ved livets slutt. Tidsskriftet OMSORG er et annet av Rådets initiativ. Det blir fortsatt drevet av en redaksjon, som gjør en stor innsats på fritida, og overlege Stein Husebø har nå i en lengre periode vært redaktør. Omsorgsrådet har ansvar for den nasjonale konferansen Omsorg ved livets slutt hver annet år; den første var i Trondheim i 1984 og den siste i Stavanger 1998.

Allmennpraktikerne har gjort seg bemerket i Omsorgsrådet som styremedlemmer, og Sten Erik Hessling, allmennpraktiker på Høksund, var leder av Rådet i to perioder. Et konkret resultat under hans ledelse er Idéboken, en veiledningsbok med konkrete råd og refleksjoner, omarbeidet etter malen fra rådgivningsgruppa ved Regionsykehuset i Trondheim.

Omsorgsrådet har hatt mange viktige saker og initiativ, siste en konferanse om «modeller for palliativ behandling og pleie» høsten 1999, og har blitt trukket inn som høringsinstans ved offentlige dokumenter innen fagfeltet. Likevel har ikke Omsorgsrådet klart å markere seg i opinionen, verken den faglige eller den allmenne. Viktige diskusjoner, f.eks. den om dødshjelp, blir ført uten at Rådets medlemmer blir synlige i debatten.

Ny forening - en utfordring for allmennmedisinen

Av bl.a. den grunn har styret kommet til at Omsorgsrådet slik det nå er organisert, har utspilt sin rolle, og at det nå er

på tide å danne Norsk forening for palliativ behandling og omsorg. Dette blir en forening som baserer seg på personlig medlemskap og alle faggrupper som er interessert i lindrende behandling er velkommen til å støtte foreningen og delta i arbeidet. Foreningen vil ikke være tilknyttet Den Norske Kreftforening (DNK), men DNK vil på like linje med flere andre pasientforeninger være interessert i foreningens drift og aktivitet. Omsorgsrådet hadde sitt siste møte 28.1.00, og generalforsamlingen for den nye foreningen er fastsatt til 26.5.00.

Nå må allmennmedisinen på banen. Lindrende behandling er et viktig anliggende for allmennmedisin, ikke minst fordi allmennlegene har ansvar for flertallet av de pasientene som trenger symptomrettet behandling ved livets slutt. Mange allmennleger har tilegnet seg kunnskap og ferdigheter innen dette feltet, som for få år siden bare var tilgjengelig ved sykehusene. Et helsepolitisk mål er å skape et sammenhengende behandlingstilbud i helsetjenesten for disse pasientene. Samtidig er lindrende behandling avhengig av tverrfaglig innsats på alle nivå, og det er viktig å få til gode samarbeidsrelasjoner mellom faggruppene. Allmennmedisinerne må derfor delta på de arenaer, der dette fagfeltet debatteres.

NSAMs referansegruppe Omsorg ved livets slutt har vært aktiv i mange år, og har tatt initiativ til flere kurs om holdninger til døden og lindrende behandling. Toneangivende spesialister ønsker at det skal opprettes en egen spesialitet innen palliativ medisin, og det har referansegruppen i en høringsuttalelse gått mot. Fagfeltet rommer mange dilemmaer og mulige motsetninger, og Norsk forening for palliativ behandling og omsorg kan bli et viktig forum for videreutvikling av faget. Dette er i tillegg et fag som er prioritert av helsemyndighetene, som vil få tildelt større økonomiske ressurser i framtida, og der allmennmedisinerne er tiltenkt nøkkeloppgaver.

Generalforsamlingen for den nye foreningen er lagt til siste dag på Nordisk kongress i palliativ vård i Trondheim 25.-26. mai. Merk av tiden allerede nå.

Har du spørsmål, ta kontakt med

Marit Hafting (marit.hafting@isf.uib.no) eller
Harald Kamps (harald.kamps@medisin.ntnu.no)

Av Peter Prydz

Utposten gir meg nesten alltid leseglede, ikke minst etter at nåværende redaksjon overtok. Så også med nr 7/8-99. Men under lesingen dukket det opp en ekkel følelse: De som skriver eller uttaler seg her, er jo nesten utelukkende allmennleger som har sluttet i allmennpraksis og begynt i psykiatri (1-6). Dette er tenkende og skriveføre mennesker som vårt fag har hatt stor glede av, og de har antakelig også hatt glede av allmennmedisinen, i alle fall en tid.

Psykiatri – og andre strategier for overlevelse

Uten å kjenne disse kollegene spesielt godt lar jeg fantasien løpe: Er dette leger som er opptatt av å kunne reflektere over sin praksis og sitt arbeid – og som ikke har funnet anledning til det slik norsk allmennmedisin er organisert? Eller er det kolleger med betydelige legekunnskaper og ambisjoner om å gjøre det beste for sine pasienter – som føler at arbeidet i allmennpraksis blir grenseløst og vokser dem over hodet, uten at man ser resultater? Eller begge deler? Jeg kan jo spekulere over dette. Men jeg må også holde det sammen med det faktum at de ikke er alene. Sjøl kjenner jeg til en rekke andre kolleger som har valgt samme vei de seinere åra. Og som fellestrekk vil jeg karakterisere (flertallet av) disse kollegene som kloke, samvittighetsfulle og grundige. Er dette egenskaper det ikke er rom for i norsk allmennmedisin lenger? Er det bare vi som ikke passer inn under de nevnte kriterier som blir sittende igjen i faget?

Mulig det. Tidene har forandret seg de siste 10–15 år, og ikke i vår retning. Allmennmedisinen «spises opp» av en rekke krav, både fra pasienter, myndigheter, 2.linjetjeneste og andre samarbeidspartnere. Det er ikke grenser for hvor mye mer alle ønsker vi skal gjøre, det eneste vi ikke får er mer ressurser til faget. Og samtidig går egenandelene opp og tidstakstene ned, slik at det økonomiske signalet fra myndighetene blir at vi skal ha pasientene kortest mulig inne på kontoret, uansett hva helseministeren sier.

Er konsekvensen av dette at de kloke og reflekterende må forsvinne ut av faget, og bare de overfladiske pengepugerne blir værende igjen? (Og hvilken av disse kategoriene hører jeg sjøl til?) Eller er det mulig for oss å tilpasse oss den endrede virkeligheten? Jeg tror faktisk det siste er mulig. Men det er ikke nødvendigvis enkelt. En avgjørende forutsetning er i alle fall at man tar seg tid til kritisk refleksjon over sitt yrkesliv av typen «Hvor står jeg og hvor går jeg?» Dette er ikke nødvendigvis enkelt for en travel allmennpraktiker der den ene dagen er lik den andre. Men det er mulig.

En god begynnelse er å spørre seg: «Hvordan har jeg det nå – og er det slik jeg vil ha det? Har jeg kanskje for mye å gjøre? I så fall – hvem har skyld i det?» Det siste kan kanskje betraktes som et «ledende spørsmål». Men så er spørsmålet: «Hva kan jeg best?» Hvis svaret er at man bl.a. er flink til å gjøre allmennmedisinske konsultasjoner, hadde det bare ikke vært så MYE, har man en vei å gå videre. Mitt forslag til denne veien er å gjøre BÅDE dette OG noe annet. Og da er neste spørsmål: «Har jeg en spesialinteresse i faget?»

Det siste spørsmålet har jeg faktisk stilt meg sjøl en gang. Jeg gjorde det allerede ved oppnådd spesialitet for ni år siden, og er i ettertid ganske stolt av meg sjøl over akkurat dette. Jeg brukte faktisk et par måneder på å komme fram til svaret. For min del var dette «undervisning og veiledning». Etter å ha kommet fram til dette svaret, bestemte jeg meg for å forsøke å dyrke denne interessen ved siden av ordinær allmennpraksis. Mitt første skritt i den retningen var å ta veilederutdanning. Siden har det «ballet på seg» slik at jeg nå jobber 1–2 dager i uka med pasienter, resten av uka med undervisningsrelaterte oppgaver. Det ble nok noe mer av det siste enn jeg opprinnelig hadde tenkt meg, men oppgavene jeg fikk (veilederkoordinator, amanuensis, leder i kurskomité) var så spennende at jeg ikke fant å kunne si nei. Jeg endte i alle fall opp med en situasjon jeg har det meget bra med, og som jeg kan fortsette i på ubestemt tid.

Siden jeg ikke betrakter meg sjøl som særlig unik, våger jeg påstanden at tilsvarende løsninger er tilgjengelig for andre kolleger i faget. Det gjelder bare å finne sitt felt. Vi skal ikke gå lenger enn til det omtalte nummer av Utposten, der finner vi en kollega som har gjort noe slikt. Helge Worren er allmennpraktiker i Nittedal, og i tillegg prosjektmedarbeider i Fastlegeprosjektet. Innholdet i hans artikkel er greit nok, en kort oppsummering av hans opplevelser på Nidaroskongressen. Men det vesentlige i artikkelen er TONEN – dette høres for meg ut som en blid og fornøyd manns tale!

Og min slutning er da at en vesentlig årsak til dette er at han har funnet fram til en situasjon der han driver BÅDE allmennpraksis OG noe annet.

Hvis man først finner sitt felt, er det ganske bra muligheter for å få lønn for sitt arbeid. Både universitetsinstituttene og mange andre instanser har bruk for den kompetansen en erfaren allmennpraktiker sitter med. Et godt forskningsprosjekt vil alltid finne sin sponsor. Etter hvert vil flere medisinstudenter trenge mer undervisning i allmennmedisin, og flere sykehus vil trenge flere praksiskonsulenter. Primærhelserelatert IT-bransje er også i vekst. Bruk fantasien og meld deres tjenester! Sørg bare for å gå inn i prosjektene på DELTID, slik at deltids allmennpraksis kan opprettholdes. For å klare dette er det to barrierer som må overvinnnes. Den ene er økonomien. Det man måtte ta på seg av andre oppgaver, vil ofte gi mindre inntekt enn ordinær allmennpraksis. Om man har råd til det, blir et regnestykke jeg ikke kan hjelpe til med. Men å brenne seg helt ut i kurativ praksis, er det i alle fall ingen som har råd til! Den andre barrieren er litt mer komplisert. Jeg har støtt på den ved flere anledninger, ikke minst blant kvinnelige kolleger. Den er slik: «Det kunne vært interessant å være med på dette, men det lar seg dessverre ikke gjøre, da jeg har altfor mye å gjøre i min praksis.» Flink og samvittighetsfulle kolleger får lett følelsen av at deres pasienter blir avhengige av dem for å opprettholde livet eller livskvaliteten. Dette er i de fleste tilfelle en feilslutning. Om man hadde fått en takstein i hodet, eller gått over til psykiatrien for den saks skyld, ville pasientene faktisk klart seg overraskende bra! Og om man går over til å jobbe kurativt to dager mindre i uka, vil de muligens klare seg enda bedre! Da kan de fleste beholde sin faste lege for langsgående kontroller, mens de må bruke andre leger noe mer til ø.hjelp. For pasientene er dette et luksus-

problem, i forhold til den betydning det kan ha for legens personlige vedlikehold og inspirasjon.

Denne prosessen har jeg altså vært gjennom sjøl. Det er faktisk enklere enn man tror. Men det krever altså et visst element av refleksjon over liv og arbeidssituasjon. Dette tror jeg er nyttig for voksne mennesker, uansett hva utfallet måtte bli. Jeg tror mange allmennleger vil kunne finne ut at de har levd etter et ideal om å tilfredsstille sine omgivelser mest mulig, noe som kunne være adekvat på 70- og 80-tallet, men som i vår tid er farlig for oss sjøl. Og erkjennelsen av at man sjøl må gripe tak i situasjonen, ellers gjør ingen det, kan til dels være krevende å nå.

Som hjelp på veien anbefaler jeg den gamle mester Fugelli med sin klassiske artikkel om kunsten å si nei (8). Den er nå 12 år gammel, men blir visst aldri uaktuell. Den er obligatorisk lesning i mine veiledningsgrupper.

Og dersom noen synes at jeg med disse ord kom meg langt ut på viddene i forhold til utgangspunktet, skal jeg ikke si meg uenig.

Referanser

- Skjerven T. I motsetningenes verden. Leder. Utposten 1999; 7/8:1
 Øglænd PJ. Lysbehandling ved depresjon. Utposten 1999; 7/8:6-7
 Krüger MB. MADRS – et måleinstrument for depresjon. Utposten 1999; 7/8:12-13
 Skjerven T. Hva trenger du å vite om gruppepsykoterapi? Intervju med Per Anders Øien. Utposten 1999; 7/8:14-16
 Lid TG. Med en fot i hver virkelighet. Intervju med Marit Hafting. Utposten 1999; 7/8:22-24
 Hafting M. Psykiatrisatsing på barn og unge i kommunene? Utposten 1999; 7/8:26
 Worren H. Nidaros – mer enn Rosenborg! Utposten 1999; 7/8:44-46
 Fugelli P. Ja og nei. Utposten 1988; 6:258-9

Nordisk kongres i almen medicin i København

Når vi søndag den 13. august 2000 åpner 11. Nordiske kongres i almen medicin i København sker det i hjertet av byen i den gamle traditionsrike Cirkusbygning. Vi åpner festligt med musikk og underholdning, men også med temaforelesningen: *Patientcentrert almen medicin – en forudsætning for et velfungerende sundhedsvæsen*.

Efter åbningsceremonien er der reception og aftenen slutter i Tivoli. Mandag og tirsdag har et omfattende fagligt program med otte parallelle sektioner med symposier og workshops om formiddagen. Om eftermiddagen afholdes fri foredrag og gennemgang af udvalgte posters fra posterudstillingen. Mandag aften er der modtagelse på Københavns Rådhus, hvor byen er vært ved et lettere trakterment. Tirsdag aften holder vi sommerfest på Restaurant Nimb i Tivoli med dans til 12-mands jazzorkester.

Afslutningsforelesningen afholdes onsdag formiddag, hvor to unge almenmedicinere vil indvie os i deres visioner for fremtidens almen medicin.

Vi har tilstræbt os at arrangere kongressen, så der bliver rig mulighed for at mødes med nordiske kolleger på tomandshånd: ved receptionerne, til kaffen, i workshops, under postergennemgangen, til frokost, i aften lecture baren og til sommerfesten. Der vil desuden være mulighed for kolleger med samme interesser at finde hinanden og mødes.

Vi har engageret en gruppe unge lovende operasangere og musikere fra Det Kongelige Teater til undervejs at fryde os, underholde os, men også engagere os i sangens og musikkens verden. På gensyn til nogle minderige dage i København i sensommeren.

Kirsten Lykke

Præsident for 11. Nordiske kongres i almen medicin

Fastlegeordningen

– er du forberedt?

Av Svein Steinert



Svein Steinert er spesialist i allmennmedisin og fastlege i Tromsø. Han startet sin karriere som allmennlege i Karlsøy i 1982.

Etter allmennläkarblokk i Umeå var han kommunelege i Tromsø, prosjektleder for AIDS-prosjektet i Tromsø, ass. fylkeslege i Troms og fra 1992 prosjektleder for fastlegeforsøket i Tromsø. Er i dag leder av fagutvalget i Aplf.

1. januar 2001 kan fastlegeordningen være en realitet. Tiden fram dit er knapp. Skal ordningen bli vellykket er det behov for betydelig personlig engasjement hos den enkelte allmennlege. Legene bør i tillegg danne sterke legeråd innenfor hvert av de framtidige, naturlige praksisområdene. Erfaringer fra forsøksforsøket tilsier at dagens situasjon med legemangel er et bedre utgangspunkt for å innføre en fastlegeordning, enn en situasjon med full legedekning (1). Vi kan da benytte innbyggernes legevalg til å etablere nye praksiser der behovet er størst, og vi slipper problemet med at leger blir arbeidsledige på grunn av for små lister. Forutsetningen er imidlertid at det finnes et godt system for å etablere nye praksiser, tilstrekkelig tilgang på leger, og attraktive inntekts- og arbeidsforhold for allmennleger. Det siste krever en betydelig forbedring av rammebetingelsene på legevakt. Namdalsmodellen har vist vei (2). Det er omtrent slik vi vil arbeide på legevakt i framtiden.

nærmer seg

Går det som optimistene tror, får vi allerede i mai 2000 presentert et helt nytt avtaleverk for organisering og drift av allmennlegetjenesten. Usikkerheten og ventetiden er da forbi, og vi må svare ja eller nei til en konkret, norsk fastlegeordning (3). Valget er ikke enkelt, men frykten for det ukjente bør ikke være en god nok grunn til å si nei. Den store utfordringen er å forestille seg hvordan fastlegeordningen kan bli det redskapet vi trenger for å skape ny entusiasme for allmennmedisinen blant unge og eldre leger.

Endringer i forhold til dagens system

Etter min oppfatning skiller fastlegeordningen seg fra dagens organisering av allmennlegetjenesten på tre viktige områder:

1. Fastlegeordningen overfører *ansvar* fra kommunen til allmennlegene
2. Fastlegeordningen introduserer en *pasientliste* som avgrenser praksisen
3. Fastlegeordningen fører til økt *privatisering* av allmennlegetjenesten

Det sentrale spørsmålet blir da hvordan disse endringene vil påvirke helsetjenesten i din kommune og din praksis. Utgangspunktet for en allmennlege i Oslo og en allmennlege i Finnmark vil selvsagt være svært forskjellig, men noen problemstillinger vil likevel være av felles interesse for alle allmennleger. Det er disse områdene jeg vil forsøke å belyse.

Samarbeid mellom kommunen og legerådet

Overføring av ansvar fra kommunen til den enkelte allmennlege stiller helt nye krav til samarbeid. Kommunen får ansvar for å inngå kontrakter med et tilstrekkelig antall leger slik at innbyggernes behov nødvendige legetjenester blir dekket. Legene får et *personlig* ansvar for å tilby tjenestene. For den enkelte lege blir det svært viktig at ansvaret ikke overstiger den reelle arbeidskapasiteten innenfor avtalt arbeidstid.

Dersom legene forholder seg til kommunen som enkeltpersoner er det lett å se at fastlegeordningen vil skape vinnere

og tapere. Dårlig samarbeid mellom legene kan for eksempel føre til at en eller flere leger får så liten pasientliste at inntektsgrunnlaget i praksisen blir truet, mens andre leger får så store lister at det truer deres egen helse. I begge tilfeller vil pasientene bli de store taperne. Fordelingen av offentlige legeoppgaver er heller ikke enkel. Mitt første råd er derfor:

- *Allmennlegene må så snart som mulig etablere sterke legeråd*

Legerådet må raskt ta stilling til en rekke viktige spørsmål:

- Hvilke legetjenester er det behov for i vår kommune?
- Har vi tilstrekkelig antall leger i kommunen for å dekke alle nødvendige oppgaver?
- Bør det etableres et samarbeid med en eller flere nabokommuner (praksisområde)?
- Er kommunen så stor at den evt. bør deles inn i flere praksisområder?
- Bør det være personlige lister eller fellesliste i vår kommune (praksis)?
- Hvordan skal det lokale informasjonsarbeidet før listeetableringen gjennomføres?
- Hvordan kan legerådet bidra til at etableringen av de primære listene blir tilfredsstillende?
- Bør kurativt legearbeid drives som privat praksis eller med fast lønn?
- Er organiseringen av legevakten og honoreringen av arbeidet god nok?
- Hvordan bør legerådet bistå enkeltleger i forhandlingene med kommunen?
- Hvem skal representere allmennlegene i det lokale samarbeidsutvalget?

Noen vil vel si at det er kommunenes ansvar å besvare mange av disse spørsmålene. Kanskje det, men det er allmennlegene som vet hvor skoen trykker. Erfaringene fra innføringen av kommunchelsloven i 1984 bør ha lært oss en lekse (4). Ansvaret for allmennlegetjenesten ble da overført fra staten (fylkeslegen) til kommunene. Mange kommuner tok aldri dette ansvaret på alvor (5). Det er naivt å tro at kommunen i dag skal legge til rette for en god fastlegeordning

uten aktiv medvirkning fra allmennlegene. Skal resultatet blir godt for pasientene og legene er det nødvendig at vi står samlet og framfører våre synspunkter klart og entydig. Det kan til og med hende at kommunen vil sette stor pris på å få klare råd fra de som står nærmest pasientene og kjenner virkeligheten på kroppen.

Fastlegeordningen tydeliggjør allmennlegens rolle som behandler, forebygger og koordinator av helsetjenester i forhold til andre yrkesgrupper. Den avgrenser også det kurative legearbeidet fra andre legegøpninger. Dette gir oss en glimrende mulighet til å definere allmennlegens *kjerneoppgaver* (6). Kontinuerlig vurdering av kjerneoppgavene er nødvendig for å vite hvilke tjenester vi bør tilby pasientene, og hvilke oppgaver vi skal overlate til andre. Dette vil forhindre at den allmennmedisinske botten blir for full (7).

Kunnskap om praksispopulasjon og egen arbeidsmåte

Introduksjonen av pasientlister en den store nyheten i fastlegeordningen (8). For mange leger vil dette gi en etterlengtet mulighet til å avgrense egen praksis. Klarer legen å finne en god balanse mellom listestørrelse, antall kurative arbeidsdager og bruk av timeboken er det mulig å organisere praksisen slik av ventetiden for vanlig legetime ikke overstiger 1–2 uker, og at pasientene får øyeblikkelig legehjelp på dagen dersom de trenger det (9). Dette balansepunktet vil imidlertid variere betydelig fra lege til lege. Mye har vært sagt om store lister, skjeve lister, kvinnelister osv., men man har i liten grad diskutert den enkelte leges arbeidsmåte (10). Min ubeskjedne påstand er at variasjonen i allmennlegens arbeidsmåte er av større betydning enn sammensetningen av pasientlisten, når spørsmålet om listestørrelse skal vurderes.

Mitt andre råd er derfor:

- *Søk innsikt i egen arbeidsmåte og anslå nøkternt din sannsynlige pasientpopulasjon i dag*

En pasientliste alltid vil være betydelig mindre enn et journalarkiv. Jo lenger du har arbeidet i praksisen, jo mindre nytte vil du ha av å telle journaler for å vurdere egen arbeidskapasitet. Vurdering av statistikk fra datajournalen sammen med kollegene i praksisen kan derimot gi deg svært nyttig informasjon. Hvordan er fordelingen av konsultasjoner per år, tidstakster, sykemeldinger, attføringssaker, henvisninger, prøvetaking osv.? Legesekretærene vil også kunne gi svært interessante opplysninger om likheter og forskjeller mellom leger dersom vi våger å spørre dem.

Frykter du at din liste vil få en skjev sammensetning, bør bare 70% av listen etableres på grunnlag av innbyggernes valg. Det er da mulighet for justering mot normalpopula-

sjonen. Denne muligheten hadde ikke de kvinnelige legene ved starten av fastlegeforsøket, noe enkelte har betalt dyrt for. Full oppslutning om legevalget gir mindre mulighet til å justere legens lister enn en situasjon der for eksempel 60% av innbyggerne benytter muligheten til å velge lege. Dette er en stor utfordring for det sentrale og lokale informasjonsarbeidet.

Felleslister vil i noen grad redusere behovet for kritisk evaluering av egen arbeidsmåte og arbeidskapasitet, men det er helt nødvendig å vurdere legekontorets totale listekapasitet. Felleslister krever andre avtaler om fordeling av ansvar og arbeidsoppgaver enn personlige lister. Det er for eksempel viktig å forhindre at pasienter flytter unødvendig mellom legene selv om det bare er 3–4 leger på kontoret. I Tromsø var det ingen legekontor som ønsket felleslister selv om muligheten var åpen.

Pasientene har fra første stund vært svært lojale til fastlegeordningen. «Legeshopping» er i dag et ukjent fenomen i forsøkskommunene, og forbruket av legevakt er redusert fra 1993 (11). Etter hvert har også de kommunale og fylkeskommunale samarbeidspartnerne oppdaget fordelene ved å ha en «adresse for ansvar» (12). Vi har derfor erfart at *i en fastlegeordning øker arbeidsmengden i forhold til samme populasjon i løpet de første årene etter innføring av ordningen*. Det vil derfor være mindre arbeidskrevende å betjene en stor liste den første tiden etter innføring av en fastlegeordning, enn når ordningen er vel etablert etter 5–6 år.

Blant legene i Tromsø er det fortsatt enighet om at en «gjennomsnittslege» med 1.200 innbyggere på sin liste, 4 kurative arbeidsdager og 7,5 timer kommunal bistilling vil kunne få en total arbeidstid omkring 37,5 timer per uke. Beregningene forutsetter at legen har 15–18 konsultasjoner og omkring 15 telefonkonsultasjoner per arbeidsdag. Legevakt kommer i tillegg som overtid. Tid til veiledning av studenter, turnusleger og leger under spesialistutdanning (utdanningsleger) er heller ikke medregnet. I framtiden må det settes av mye mer tid til undervisning og faglig fordypning for å utdanne gode allmennleger. Leger med veiledningsansvar må derfor ha mindre lister enn dagens norm på 300 per kurativ arbeidsdag. Listen må også reduseres dersom legevaksarbeidet skal inkluderes i normalarbeidstiden. I små kommuner og kommuner med lang vei til sykehus bør gjennomsnittlig listestørrelse være betydelig mindre enn i Tromsø.

Fast lønn eller privat praksis

Et av de største problemene i dagens allmennmedisin er den store variasjonen i økonomiske rammebetingelser ved utøvelse av kurativ legearbeid. Ytterpunktene er avtaleløs

praksis og fast lønn. Norske allmennleger er derfor ikke i samme båt. Staten har et klart ønske om en hovedmodell for hele landet basert på privat praksis og normaltariff. Fast lønn skal være unntaket. Legeforeningen er ikke uenig i dette. For leger i små distriktskommuner og utdanningslegene er det likevel viktig med et reelt fastlønnsalternativ.

Foreløpig kjenner vi ikke de økonomiske rammebetingelsene i en framtidig fastlegeordning, men de bør bli bedre enn i dagens driftstilskuddspraksiser. Dersom økonomien styrkes er det grunn til å tro at flere leger vil velge en eller annen form for privat praksis, også i små kommuner. Den store gevinsten ved privatiseringen av legetjenesten er at kommunelegene blir frigjort fra kommunal detaljstyring. Privatiseringen av kommunelegestillingene i Tromsø (19,4 årsverk) ved starten av fastlegeforsøket gav alle legene tilnærmet like rammevilkår. Dette var en viktig forutsetning for dannelsen et aktivt og vel fungerende legeråd/legeforum. Det skal likevel ikke stikkes under en stol at flere leger syns overgangen fra fast lønn til privat praksis var hard. Det er derfor viktig at man vet hva man begir seg inn på når legetjenesten privatiseres.

Mitt tredje råd er derfor:

• *Søk kunnskap om drift av privat praksis*

Akademikernes Fellesorganisasjon (AF) har gitt ut flere nyttige hefter til bruk ved etablering av egen praksis (13,14). Her får du råd om selskapsform, beregning av inntekter, likviditet, regnskapsregler, arbeidsgiveransvar, forsikringer, risiki med mer. Den beste kunnskapskilden er likevel allmennleger som allerede driver privat praksis i en kommune som likner den du selv arbeider i. Gjennom samtaler med andre leger vil en rekke teoretiske problemer avdramatiseres, og du vil få praksisråd om etablering og drift som det ikke er lett å lese seg til. Mange veileterte leger vil også ha stor nytte av at yngre leger tvinger dem til å reflektere over drift av egen praksis. Etablerte rutiner bør stadig evalueres og justeres.

Gruppepraksis med faglig og økonomisk fellesskap stiller meget store krav til forpliktende og tillitsfullt samarbeid mellom legene. Skriv derfor en detaljert kollegial samarbeidsavtale i gode tider, som tar høyde for håndtering av krisesituasjoner. Det tar flere år å bygge opp en god allmennlegepraksis, men kort tid å rive den ned. Sett deg godt inn i normaltariffen. Underforbruk av takster har gitt store inntektstap for mange tidligere kommuneleger i Tromsø.

Etter min oppfatning vil privat allmennpraksis være den naturlige driftsformen i alle kommuner med mer enn 8.000 innbyggere. Det vil si at legene har avtale med kommunen, eier eller leier lokalene, ansetter hjelpepersonell og er

ansvarlig for utstyr, inventar og driftskostnader. I slike kommuner bør man forvente at investering i egen praksis vil lønne seg ved senere salg. For kommuner med mellom 8.000 og 4.000 innbyggere vil sannsynligvis mange leger ønske en form for prosentavtale med kommunen. Kommunen er da vanligvis ansvarlig for lokaler, utstyr, inventar og hjelpepersonell, mens legene holder medisinske forbruksvarer. I kommuner med mindre enn 4.000 innbyggere vil prosentavtale eller fast lønn være de naturlige alternativene. De framtidige utdanningsstillingene i allmennmedisin bør også ha fast lønn som hovedalternativ helt fram til fullført spesialistutdannelse (15).

Skal fastlegeordningen starte den oppturen vi nå trenger i vårt fag, må fastlegeavtalen bli så god at en livslang yrkeskarriere i allmennmedisin blir minst like attraktiv som arbeid på sykehus.

Lykke til med forberedelsene!

Referanser:

1. Steinert S. Fastlegeforsøket i Tromsø kommune. Sluttrapport i etter 3 forsøksår. Tromsø kommune 1996
2. Aarseth HP. Arbeidsmiljøloven gjelder også for leger. Tidsskr Nor Lægefor 1998; 118: 3532
3. Ot prp nr 99 (1998-99) Om lov om endringer i lov 19.november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen)
4. Stortingsmelding nr 36 – Røysler med lova om helsetenesta i kommunane
5. Aarseth HP. Primærlegetjenesten i krise – hvem har ansvaret? Tidsskr Nor Lægefor 2000; 120: 401
6. Brekke M, Steinert S. Fastlegeordningen – populasjonsansvarets faglige innhold må defineres. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3402
7. Hetlevik I, Den fulle allmennmedisinske bøtten. Tidsskr Nor Lægefor 1999; 24: 3547
8. Brekke M, Steinert S, Bakke HK. Krisetid er mulighetenes tid – rekrutteringen må sikres under fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægefor 1999; 119: 3722
9. Fagutvalget i Aplf. Hvem, hva, hvordan. Alment praktiserende lægers forening, 1998
10. Malterud K, Steinert S, Mo TO, Kjønn, arbeidsbelastning og listeprofil i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægefor 1995; 115: 2406-11
11. Fjermestad T, Paulsen B. Populasjonsansvar i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægefor 1996; 116: 2573-6
12. Heen H, Johnsen E, Mo TO, Lurås H. Forsøk med fastlegeordning – evaluering av forsøk i 4 kommuner. Arbeidsforskningsinstituttet 1996, Oslo.
13. Irgnes OM. Etablering av egen praksis. AF 1994, Oslo
14. Haraldsen T. Håndbok – etablering og drift av egen praksis, Akademikene 1998
15. Hunskaar S, Kolstrup N. Allmennmedisinen ved tusenårsskiftet – nedtur eller ny giv. Tidsskr Nor Lægefor 2000; 1: 11

Systemrevisjon

Noen etiske refleksjoner etter et av fylkeslegens tilsynsbesøk

Av Ingrid Hauge Lundby

Tidligere ass. fylkeslege i Buskerud. Nå kommunelege i Bagn i Valdres. Hun har skrevet en oppgave ved Senter for helseadministrasjon ved UiO. Oppgaven problematiserer etiske og moralske sider ved gjennomføringen av systemrevisjon i pleie- og omsorgstjenesten i en kommune. Den gjengis i noe forkortet form i Utposten.

Møte med flere sterkt engasjerte personer under et revisjonsbesøk, løftet frem noen etiske refleksjoner som jeg ikke så lett kan kvitte meg med.

Det fikk meg til å stille spørsmål om systemrevisjon er den best egnede metode å møte pleie- og omsorgstjenesten på. Nå er systemrevisjon et fremmed begrep for mange helsearbeidere.

Denne metoden som brukes til å overvåke helse-tjenesten, er relativt ny sett i forhold til tilsynsetats tidligere besøk rundt om i kommunene.

Revisjonene følger en fastlagt prosedyre, for å sikre mest mulig ensartet gjennomføring av systemrevisjonene. Systemrevisjon er ganske enkelt en systematisk undersøkelse på om helsetjenesten er i samsvar med lover og forskrifter.

Besøket

Fylkeslegen ble ønsket velkommen til kommunen. Det lå en viss forventning i luften. Nå var det 10 år siden sist at øvrigheten var på besøk. På sykehjemmet tenkte de at de ville servere fylkeslegens team middag kl. 13.00. De andre pleide å spise da. Tidligere hadde fylkeslegen nærmest kommet innom for å høre hvordan det sto til med helsetilstanden i kommunen. Nå – hadde de mottatt varsel om systemrevisjon, og spesifikasjon på hva vi ønsket tilsendt før møtet. Vi hadde bedt om å få oversendt internkontrollpermen, organisasjonskart og annen dokumentasjon som hørte hjemme i deres internkontroll system.

Systemrevisjon var nytt og fremmed. Et meget stramt tidskjema virket noe stressende, men profesjonelt. Fylkeslegen hadde mottatt det som sykehjemmet kunne fremskaffe av dokumenter til internkontrollsystemet, og de prosedyrer som var utarbeidet. Men hva var systemrevisjon?

De intervjuede personene svarte på alle spørsmål som var gitt oss fra Statens helsetilsyn. Vi ønsket å gjennomføre en «mest mulig ensartet gjennomføring av systemrevisjoner» i henhold til egne prosedyrer (1).

Spørsmål som ble stilt til de ansatte var da: Hva menes med tilsynslovens § 3 (2). Hvem hadde ansvar for internkontrollsystemene? Hva var status i dag? Hvordan ble de gamle «grunnleggende behov» dekket (3)? Hvordan var kommunens saksbehandling ved søknad om pleie- og omsorgstjenesten i kommunen, både i henhold til forvaltningsloven (4) og lov om helsetjenesten i kommunene (5). Hvordan var vedtakene formulert?

Denne tenkning virket fremmed for de ansatte. Lov om statlig tilsyn var ukjent for de fleste. Tilsynslovens § 3, om plikten til å etablere internkontroll kjente bare de som satt «øverst i systemet». Kvalitetsforskriften hadde dukket opp på vaktrommet eller i stuen, dagen før fylkeslegen kom til sykehjemmet.

Alle foto er fra filmen «Dei mjuke hendene»
av Margret Olin/Speranza film

på sykehjem



Foto: Morten Krogvold

Vi spurte videre:

Hva da med de «grunnleggende behov»? Fikk de gamle nok tid og ro til å spise? Kunne de legge seg når de ville og holde sin egen døgnrytme? Hvordan var muligheten for skjermet privatliv der de bodde på dobbeltrom? Fikk de som bodde på sykehjemmet nødvendig medisinsk undersøkelse når de kom inn til hjemmet, eller minst en gang i året? Opplevde beboerne en trygg tilværelse?

I løpet av intervjurunden svarte de ansatte på disse spørsmål og enda flere. Svarene ga uttrykk for en nydelig holdning til de gamle. Sykehjemmet var de gamles hjem.

Vi fant ingen låste dører der på institusjonen. Det var ingen senil demente der, bare «eldre med spesielle behov». Der- som de gamle «med spesielle behov gikk ut», ja da hentet man dem bare inn igjen. Gikk de på riksveien eller i elven, javel så gjorde de det. Det var ikke noe spesielt vakthold rundt dem eller elektronisk brikke festet til dem. De ble oppsporet så snart de var forsvunnet.

De spiste når de ville innefor en rimelig serveringstid, la seg når det passet dem, og sto opp etter sin egen døgnrytme. Rommene hadde sitt personlige preg, betjeningen oppholdt seg sammen med pasientene, eller beboerne som de het. På flere avdelinger fantes ikke vaktrom der personalet kunne stikke seg vekk. De som var på jobb var på besøk i de gamles hjem. Tilværelsen virket forutsigbar og trygg.

Legevaktsentral

Personalet gjorde mer enn det ble krevet av dem. Ved siden av at det var mager bemanning i helgene og på nattetid, var legevaktsentralen for denne og nabokommunen lagt til det ene vaktrommet som var på sykehjemmet. Telefonen ble betjent mellom kl 16.00–09.00 av sykepleier. Det krever forskriften for AMK sentraler (7). Denne telefonen kunne bli hyppigere brukt av utenforstående enn av beboerne internt som ringte etter hjelp. Hva ringte legevaktbesøkende for?

I ferier når bemanningen er lavere enn ellers, kan denne kommunen som flere andre småkommuner, bli invadert av

«byfolk». Spesielt i ferier og helger blir de allerede overbelastede sykepleierne ringt opp av byfolk som skal ha tak i lege, fordi de har «byfolk» tid til å konsultere legen. Sykepleier på vakt ble belastet med «friske» byfolk, fremfor å kunne avhjelpe sine egne på sykehjemmet. Betjeningen strakk seg i alle retninger, fra det å stelle sine egen gamle til å gi service overfor tilfeldige tilreisende.

Min opplevelse av holdninger og personaladferd av stell av de gamle og også av omgivelsene gjorde at jeg tenkte: «Dette sykehjemmet kunne jeg gjerne sendt mine egne til om nødvendig, eller velge å bo her selv som gammel».

Slike forhold er vi ikke alene om å finne. Også andre fylkesleger finner dette: underbemanning, dobbeltrom og utslitt personalet. Vi finner sykepleiere og hjelpepleiere som ikke har tid til å sitte nedpå og som «brenner ut». De sliter kontinuerlig for å holde oppe kvaliteten på tjenestene. Hvordan kan kvalitetsforskriften være til hjelp i denne situasjonen? Hva er kvalitet?

Fylkeslegen fant her fem avvik, som er det samme som fem brudd på myndighetskrav, dvs brudd på helselovgivningen gitt i regler og forskrifter. Avvik som betegnelse virker dramatisk. Rapporten er i tillegg offentlig og legges ut på internett. Hver og en kan lese om kommunen som etter hvert summeres opp i Helsetilsynets rapport om «Fylkeslegenes felles tilsyn med helsetjeneste for eldre» (8). Alle i hele landet kan lese om kommunen NN som ikke følger regelverket.

Etter sluttmøtet gikk en av de overarbeidede sykepleierne ut og gråt.

Sentrale dokumenter som skal sikre trygge helsetjenester

I 1997 fikk vi «Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten» (3) som rettighetsfestet pasientenes «grunnleggende behov». De er feks:

- å få tilstrekkelig mat og drikke
- å oppleve trygghet

Seretide™ Diskus™

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 kon-
troll¹ av både astmasymptomer
og inflammasjon med
én inhalator.

C Seretide Diskus "Glaxo Wellcome"
Adrenergikum + kortikosteroid
ATC-nr.: R03A K06

T INHALASJONSPULVER 50/100 µg/dose, 50/250 µg/dose og 50/500 µg/dose i Diskus: Hver dose inneholder: Salmeterol, xinaf, æq. salmeterol 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 relaxerer bronkialmuskulatur og virker symptomforebyggende. Flutikasonpropionat virker antiinflammatorisk og forebygger eksaserbasjoner. **Virkningsmekanisme:** Salmeterol: Salmeterol er en selektiv langtidsvirkende β_2 -agonist. Den bronkodilerende effekten inntreffer etter 10-20 minutter og varer i minst 12 timer. Flutikasonpropionat: Flutikasonpropionat har en potent antiinflammatorisk effekt i lungene. I lungevev har flutikasonpropionat reseptorkomplekset 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 salmeterol-xinafoat, kan hydroksynattolinsyre 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 biotilgjengelighet 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 fæces. Terminal halveringstid ca 8 timer, clearance 1,1 l/min.

Indikasjoner: Vedlikeholdsbehandling av bronkialastma, der en kombinasjon av langtidsvirkende β_2 -agonist og kortikosteroid er indisert.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Bivirkninger: Samtidig administrering av salmeterol og flutikasonpropionat har ikke gitt økt frekvens eller andre bivirkninger enn for substansene gitt hver for seg. **Rapporterte bivirkninger:** Salmeterol: Hyppige (>1/100): Palpasjoner, hodepine, tremor, muskelkrampe. Sjeldne (<1/1000): Hypokalemi, overfølsomhetsreaksjoner (utslett, ødem, angioødem), takykardi, artralgi. Arytmier (inkludert atrieflimmer, supraventrikulær takykardi og ekstrasystoler) er rapportert hos utsatte pasienter. Flutikasonpropionat:

Hyppige (>1/100): Candidainfeksjoner i munn og svelg. Heshet. Sjeldne (<1/1000): Overfølsomhetsreaksjoner. Både heshet og candida infeksjon kan forebygges ved gurgling av hals og skylning av munnhule med vann etter inhalasjon. Symptombegivende 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 β_2 -agonister med kort virketid for å kontrollere astmasymptomene, tyder dette på en forverring av sykdommen. Plutselig og tiltagende forverring av astmasymptomene 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 hjerterytmier, ubehandlet hypokalemi, lungetuberkulose og/eller thyreotoksikose. Hos et fåtall pasienter er det observert en viss reduksjon i plasmakortisol ved

Dobbelt så enkelt!



Seretide™

salmeterol/flutikason

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 astmaanfall, infeksjoner eller kirurgiske inngrep. Overgang fra systemisk behandling til inhalasjonsbehandling kan avdekke tidligere steroidmaskerte allergier. Både selektive og ikke-selektive betablokkere bør unngås hos pasienter med astma, med mindre det er svært lungtveidende 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 forbeining), som indikerer en mulig risiko for fosterskader. Kombinasjon 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 8-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 8-blokker som skal brukes med forsiktighet hos pasienter med kjent bronkospasme i anamnesen. Dersom behandling med Seretide må avbrytes p.g.a. overdosering av 8-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: Inhaleres ved hjelp av Diskus. Diskus anvendes ved at en hendel skyves til side før inhalasjon. En dose kan da inhaleres. Et telleverk 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 µg/dose: 60 doser kr 453,60, 3x60 doser kr 1.216,50. 50/250 µg/dose: 60 doser kr 577,60, 3x60 doser kr 1.564,10. 50/500 µg/dose: 60 doser kr 765,30, 3x60 doser kr 2.099,20.

Felleskatalogtekst av 16.06.99 T: 2

Referanse:

1. KR Chapman, N Ringdal et al, Can Respir J, Vol 6, No. 1, Jan/Feb 1999; 45-51.

GlaxoWellcome

Glaxo Wellcome AS
Postboks 4312 Torshov, 0402 Oslo
Telefon: 22 58 20 00
Telefaks: 22 58 20 03
www.glaxowellcome.no

GW 01/2000



Foto: Svein Krøvel

- å vise forutsigbarhet og respekt i forhold til tjenestetilbudet
 - å få ivarettatt personlig hygiene og naturlige funksjoner
 - å få tilpasset hjelp ved på og avkleddning
 - å få mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
 - å få en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- Til disse og flere «grunnleggende behov» forventet vi å finne nedskrevne prosedyrer.

Forskriften bygger på Regjeringens satsning på eldre, St.melding 50 1996-97, Trygghet-respekt-kvalitet (9). Kvalitet er tidligere definert i Nasjonal Strategi for kvalitetsutvikling i Helsetjenesten (10). Kvalitet er: «Helhet av egen-skaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov».

Kvalitetsutvikling i helsetjenesten legger til grunn «filosofien om de kontinuerlige forbedringer». Da er det viktig med brukerfokus, forankring i ledelsen og involvering av alle medarbeiderne. Videre er man opptatt av at kjeden av aktiviteter utgjør en helhet.

Kvalitetsstyringen ønsker å sette brukeren i sentrum. I Nasjonal Strategi for Kvalitetsutvikling i Helsetjenesten står det at «I Norge er brukerens krav og behov i stor grad ivarettatt gjennom kravene i lover og forskrifter».

Fylkeslegenes felles tilsyn med helsetjenesten for eldre 1998, gikk ut som pressemelding fra Statens helsetilsyn den 04.05.99 (11). Her oppsummeres rapporten:

«Rettstryggleiken for eldre pasientar er svekt som følgje av at eit fleirtal av norske kommunar ikkje følgjer forvaltningslova i samband med søknad om tildeling av helsetenester. I ein tredel av kommunane får eldre pasientar ikkje ivareteke grunnleggjande behov. I 75% av dei undersøkte kommunane vart ikkje forvaltningslova følgt ved sakshandsaminga av sønad om tildeling av helsetenester.»

Prosedyrer for systemrevisjon (1) har notert et avsnitt om «Fortrolighet og etikk»:

«Systemrevisjoner gjennomføres for å se om systemer sikrer lovpålagt kvalitet, ikke for å utpeke synderbukker. Rapporten skal være en oppstilling av avvik og merknader som går på sak og ikke på personer eller hvem som har sagt hva. Mottatte opplysninger

skal så langt det er mulig behandles med fortrolighet i forhold til kilden.»

Ut over disse kommentarene er det ikke gitt flere etiske refleksjoner til systemrevisjon som metode.

Etiske refleksjoner over tilsynsordningen

Som innledning til noen etiske refleksjoner, er det behov for å definere begrepene moral og etikk. Definisjonene er her hentet fra Svein Aage Christoffersen (12):

«Etikk dreier seg om de regler og kjennetegn vi bruker i de moralske vurderingene. Den kommer først og fremst til uttrykk gjennom det vi tenker. I etikken tar vi stilling til om de reglene og kjennetegnene vi bruker er riktige eller gale. Det er grunnlaget for de moralske vurderingene vi interesserer oss for. Vi spør hvorfor noe er riktig eller galt, og om de reglene vi har kan begrunnes»

«Moral kommer først og fremst til uttrykk gjennom det vi gjør. Sier vi at en handling er moralsk forsvarlig, betyr det at den stemmer med det vi mener er rett og riktig. Vi har bestemte regler eller kjennetegn for det som er rett, og vurderer handlingene ut fra disse. Når vi gjør en moralsk vurdering, spør vi om noe er riktig eller galt.»

Hva var grunnen til at en sykepleier gikk gråtende ut fra «sluttmøtet»? Pleiepersonalet gjorde alle ting «riktig» over for de gamle, men de kunne ikke dokumentere det.

Systemrevisjon er en metode som retter oppmerksomheten mot systemets rammer og vilkår, og vil ansvarliggjøre de som har reell myndighet og ansvar for virksomheten. Men metoden utøves på institusjonsplan med personintervju overfor ansatte som ofte kan ha lang avstand til de som har det reelle ansvaret. Derfor kan det være naturlig å problematisere anvendelsen av systemrevisjon til fire nivå:

De ansatte

Hva gjør revisjonsmetodikken med de ansatte, deres arbeidsglede, stolthet og arbeidsmoral?

Har «staten» noen form for empati med de utslitte ansatte?

Beboerne

Vil systemrevisjon føre til tryggere helsetjenester for beboerne?

Systemet

Hvilken etisk refleksjon ligger bak bruken av systemrevisjon?

Er de pedagogiske metodene for slik revisjon gode nok?

Samfunnet

Hva har sviktet i helsetjenesten, når vi får detaljerte krav fra staten om det som skulle være «alles rett»?

Hvilket samfunn har vi fått som nødvendiggjør en kvalitetsforskrift?

Hvem har egentlig bruk for kvalitetsforskriften?

Som revisorer er vi både jurister og helsepersonell som iakttar institusjonen ut fra lover og forskrifter gitt i helselovgivningen. Vi vurderer hvordan vi mener institusjonen/kommunen oppfyller myndighetskravene. Men vi ser mye mer. Alt det positive som skjer ved virksomheten gir prosedyren per i dag ikke særlig grunnlag for å rapportere. Vi prøver derimot å samle det opp i hovedkonklusjonen.

Hva de tenkte den gangen metoden ble vurdert introdusert i helsevesenet, er ikke godt å vite. Etter min mening burde det vært gitt rom for like mye positiv omtale som der gis plass for avvik og anmerkninger. Vår «dom» bør i rettferdighetens navn ta like mye hensyn til flere sider av virksomheten.

Dette gir assosiasjoner til tre setninger fra 11 bud for foreldre med små barn:

- «Hvis et barn lever med oppmuntring, lærer det tillit.
- Hvis et barn lever med lovord, lærer det å verdsette.
- Hvis et barn lever med kritikk, lærer det å fordømme»

Vi er avhengig av et helsevesen som skaper tillit og respekt. Den pedagogiske metode i systemrevisjonen skulle hatt rom for en langt større grad av dialog enn det er gitt mulighet for i dag. Sluttet møtet har noen få slike komponenter i seg, men disse er for svake til å gi møtet en reell dialog.

Betegnelsen «sykehjem»

Ordet er sammensatt av «syke» og «hjem». Et hjem er pr definisjon det mest private sted en person kan ha. Her råder individet, ingen kan trenge seg inn på området uten aksept fra eieren selv.

Ved opphold i sykehjem er personen umiddelbart trukket inn under en maktkonstellasjon der andre bestemmer. Sykehjem kan sees på som en kombinasjon av makt og avmakt. For å komme inn «på hjemmet» fattes det vedtak etter forvaltningsloven og helseloven. Mer enn noe sted kan sykehjemmet bli et sted for opplevd avmakt hos beboeren. Gudmund Hernes som var maktutreder og helseminister, definerte makt som: «kontroll over andres interesser». Han så kanskje nødvendigheten av å rettighetsfeste «grunnleggende behov» for de som oppholdt seg på sykehjem? Men blir det riktigere å vedta en kvalitetsforskrift, og å gjøre navneending på sykehjemmet til «Bo og behandlingssenter», fremfor å la være og forskriftsfeste de pleie- og omsorgstrengendes behov?

Når Nasjonal strategi bygger på filosofien om å sette brukeren i sentrum, ligger det noe uforløst i forholdet mellom

individ og samfunn når staten skal opptre som «garantist» for beboernes mest private liv. Dette erfarer vi ved at vi som tilsynsmyndighet prøver å sikre de pleietrengendes behov, ved å rapportere manglende prosedyrer og rutiner knyttet til driften.

Når det dreier seg om at vi vil kvalitetssikre «menneskelige behov», stilles det spørsmål om dette kan lykkes ved systemrevisjon da helsetjenesten til syvende og sist er avhengig av den enkelte utøvers holdninger, verdier og moral.

Da blir det igjen et spørsmål om denne metodikk er egnet til å vurdere kvaliteten av helsetjenesten til eldre. Kan både problemene og kvaliteten ligge helt andre steder enn der systemrevisjonen retter søkelyset?

Fra disse generelle betraktninger vil jeg stoppe opp ved fire konkrete forhold og belyse noen etiske problem ved systemrevisjon sett i forhold til de ansatte, beboerne, systemet og samfunnet.

De ansatte

Hva gjør revisjonsmetodikken med de ansatte, deres arbeidsglede, arbeidstolthet og arbeidsmoral?

Ved å anvende systemrevisjon som metode, uten å kreve at de som er politisk ansvarlige for systemet er tilstede under revisjonen, kan det føre til at de som har det egentlige ansvaret går fri. Personalet som står midt oppe i arbeidet og føler en forpliktelse til å ta ansvar, kan komme til å kjenne kritikken på en måte som «knekker dem».

Systemtilsynet kan bli en metode som «retter baker for smed». Det vil alltid være noen personer som burde kjenne seg forpliktet på å ta ansvar for at de eldre skal kjenne seg som «hjemme». Slike personer finnes gjerne i ledelsen som pleie-, omsorg- eller avdelingsledere. Deres funksjon i kommunen begrenses av at politikerne ikke bevilger tilstrekkelige midler eller av andre grunner ikke dekker opp for de reelle behov driften av institusjonen representerer. Det som er et systemproblem overføres på pleiepersonalet, som opplever det moralske ansvaret som et personlig anliggende. Den ansatte går inn i oppgavene med stort engasjement, følelser og mot, og gir av sine krefter inntil han/hun «brenner ut».

Foto:
Svein Krøvel



Hva kan tilsynsmyndighetene si til en slik adferd? Så lenge tilsynet velger å være mest tro mot myndighetskrav og regelverket, distanserer vi oss fra den altruistiske omsorgsrollen som det samme tilsynet ønsker skal bli praktisert overfor beboerne på sykehjemmet.

«De gjorde alt som var rett». Hvem var det da vi ansvarliggjorde ved vårt nærvær? Kommunen ved politikerne, rådmannen som kom til sluttet, eller de ansatte som bar de reelle byrdene i omsorgen?

I det «ytterste ledd» i eldreomsorgen fant vi en hel stab som var gjennomsyret av følelsesmessig sensitivitet for andre mennesker. Og så kommer vi med vårt regelverk som den ansatte selvsagt ikke har mye til overs for. Det gir bare mer arbeid i en situasjon de behersker.

Jeg tolket sykepleierens reaksjoner dithen, at da hun gikk ut og gråt, var det fordi hennes lojalitet var forankret i omsorgsetikken. Det er en etikk som setter det enkelte menneske i sentrum for oppmerksomheten. Den lot seg ikke forene med den rettighetstenkningen som vi kom for å se etter.

«En helsetjeneste der rettigheter får en stor plass, vil kunne gi enda et trumfkort i hendene på dem som trenger det minst» skriver legeforeningen i sitt svar til verdikommisjonen (15). Tilsynsbesøket ga meg en beklemmende opplevelse av at det var fylkeslegen som ble sittende igjen med trumfkortet – 5 avvik. Men hva skulle vi med det?

Det er ikke underlig at sykepleieren gikk ut og gråt, kanskje det var det mest naturlige som kunne skje i et møte mellom to kulturer med helt forskjellige etiske rammer som ikke ble gjort tydelig for noen av partene.

Beboerne

Vil systemrevisjon føre til tryggere helsetjenester for beboerne? Det sier ikke fylkeslegenes rapport noe om. Fylkeslegene har krevd forholdene endret innen en viss tid.

Kvalitetsstyring ønsker å sette brukeren i sentrum. Samtidig er brukerens krav og behov i stor grad ivarettatt gjennom kravene som er gitt i lover og forskrifter. På den måten har storsamfunnet uttrykt individets behov. Vi kan ha for-

ståelse for at lover og forskrifter er en samlet erfaring fra det virkelige liv. Men det virker underlig det Nasjonal Strategi sier, at «brukernes behov er uttrykt i våre forskrifter». Det er brukeren som «vet hvor skoen trykker». Kvalitetsforskriften rettighetsfester grunnleggende behov, og representerer ved det en type filosofi der individet skal underkaste seg fellesskapets forståelse av «grunnleggende behov». Det gir grunn til å spørre hvem som egentlig har behov for en kvalitetsforskrift?

Hvorfor måtte det to ministre til for å undertegne denne forskriften. Både daværende helseminister Gudmund Hernes og daværende sosialminister Hill-Marta Solberg undertegnet kvalitetsforskriften. Det er ikke så ofte vi ser at to ministre gjør det i samme dokument.

La oss gå tilbake til sykehjemmet. De ansatte forsto hvilket fellesskap de skapte sammen med beboerne. De viste beboerne en solidaritet som vi ikke finner så ofte i dagens samfunn. De hadde en fellesforståelse av hva som var «grunnleggende behov», og derfor hadde de ikke nedskrevet dette i noen prosedyrer. Hva så den dag de fleste av disse kulturbærerne ikke møter på jobb? Hvem ville da være bærer av solidaritetstanken?

Da vil jeg stille spørsmålet tilbake? Er det slik at frykten for å miste et gode har skapt troen på at nedfelte prosedyrer skal redde dydene?

Systemet

Gir bedre systemer nødvendigvis bedre tjenester? Hvilken etisk refleksjon ligger bak bruken av systemrevisjon? Hvem har egentlig bruk for kvalitetsforskriften?

Det kan synes som om den etiske refleksjon er spinkel i hvert fall i forhold til den rolle systemrevisjon som metode har fått i tilsynet av pleie og omsorgstjenestene. Representerer metoden en umoralsk tilnærming til problemene, ved det at de reelt ansvarlige ikke møter til revisjonene? Er metoden moralsk problematisk?

Det må være grunnlag for å stille slike spørsmål, når det ikke står noe sted i prosedyren om at de systemansvarlige (politikere) skal møte frem til revisjonen. Oftest er det representanter for administrasjonen som møter. Men det er personalet som tar ansvaret.

Samfunnet

Hvilket samfunn har vi fått som nødvendiggjør en kvalitetsforskrift?

Hva har sviktet i helsetjenesten, når vi fra staten får detaljerte krav om det som skulle være «alles rett»?

Foto:
Svein Krøvel



Inge Lønning problematiserer rettigheter og forventninger i artikkelen «Individets rettigheter – samfunnets plikter i Omsorg nr 3/1994 (16). Han sier:

«Antallet innvilgede rettigheter blir simpelthen så stort at en glemmer den elementære erfaringssannhet at det til enhver rettighet hører en plikt, og at rettigheten er innholdstom inntil det er definert hvem som har plikt til å innfri den – når, hvor, under hvilke omstendigheter og til hvilken pris.»

Systemrevisjonen kan komme i den situasjon at når vi som tilsynsmyndighet bare ønsker å plassere ansvaret, blir vi en del av de politiske frustrasjoner over ikke innfridde forventninger. Hvis vi ikke melder tilbake til oppdragsgiverne våre om både etiske, økonomiske og politiske inkonsekvenser ved rettighetssamfunnet, kan vi selv bli en del av disse.

Tilsynsetaten skal ikke opptre politisk. Samtidig er det slik at det er de politiske vedtatte styringsredskapene vi hele tiden bruker, som lovpålagte oppgaver, ol. Hvis de forventningene som skapes til helsetjenesten skal kunne innfris, må forventningene være realistiske. Når det gjelder profesjonelt baserte helsetjenester, vil det si at det må finnes nødvendig kompetanse, og den nødvendige kapasitet til å innfri dem. Hvis ikke må en enten sanere rettighetene, eller ruste opp tjenesten. Når det gjelder de eldre og pleietrengende, så er det siste alternativet Regjeringen har valgt å satse på. Det er bevilget over 20 milliarder til eldreomsorgen i en 4-5 årsperiode. Dette bevilges via Handlingsplan for eldreomsorgen og følges opp av fylkeslege og fylkesmann.

Hvem har så behov for kvalitetsforskriften? Hva er det ved vårt felles verdigrunnlag som gjør at vi nedtegner «grunnleggende behov» i en forskrift?

Er det kommunenadministrasjonen, er det utdanningsinstitusjonene, er det vårt politiske liv som vil «forsikre seg» at vi har en slik moralsk opprustning av stell av de gamle?

På det sykehjemmet vi var, var det i utgangspunktet ikke behov for noen kvalitetsforskrift. Den lå «i veggene» som en del av kulturen.

Som tidligere fengselslege i flere år er det min erfaring at: Slik som vi behandler våre gamle og fanger, vil det være den beste indikator på våre humane verdier.

Konklusjon

Systemrevisjon er en metode som systematisk undersøker om aktiviteter og tilhørende resultater er i samsvar med krav som er fastsatt i lov eller forskrift. Det er plikten som er vesentlig å understreke ved en slik revisjon. Plikten til å

handle, melde, og følge opp konsekvensene. Kvalitetsforskriften har mye av «plikten» i seg. Den kan derfor bli meningsløs for mange da den kan ta gleden og motet fra folk som arbeider i «siste ledd». Arbeidet med denne kan også bli innholdsløst hvis tilsynet ensopret fastholder at du skal gjøre din plikt, og ikke hva du skal gjøre eller hvordan du kan vite hva som er din plikt. Nasjonal strategi som understreker plikten den enkelte har til å skaffe seg kunnskap om krav til tjenestestedet en er ansatt ved, er et dokument som ikke er godt nok kjent blant helsepersonell.

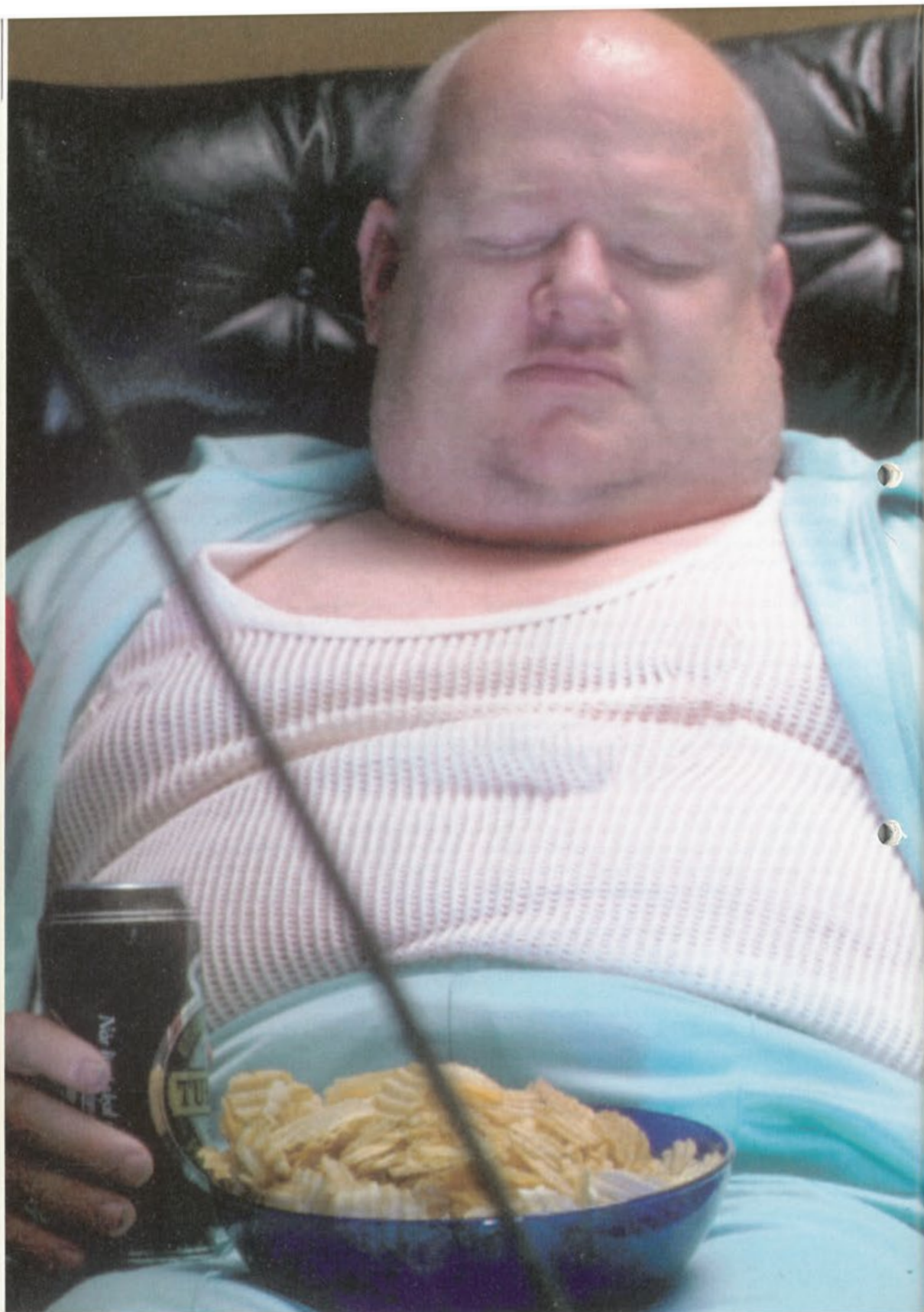
Ved tilsynsbesøk, møter vi ofte personene som utgjør «siste ledd i kjeden». Ingen kjeder er sterkere enn det svakeste ledd. Men når det ytterste ledd er mer opptatt av omsorgsetikk og dyder, enn pliktetikk da kan det være grunnlag for tilsynet å revidere sin pedagogikk for systemrevisjon av pleie og omsorgstjenesten.

Vi reviderer systemene, men snakker med personalet som primært er opptatt av relasjoner. Da blir det et spørsmål om vi som tilsynsetat opptrer umoralsk med vår metode overfor dette fagfeltet?

Haslum 31.05.99.

Litteratur

- 1) Statens helsetilsyn, saksnummer: 99/4, Tilsyn utført som systemrevisjon – prosedyre,
- 2) Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 30.03.1984, nr. 15.
- 3) Sosial og helsedepartementet, Oslo mars 1997, Kvalitet i pleie – og omsorgstjenesten, I-13/97
- 4) Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) av 10.02.1967
- 5) Lov om helsetjenesten i kommunene (khl), 19.11.1982, Nr.66
- 6) AMK forskriften
- 7) Statens helsetilsyn 26.04.99; «Fylkeslegenes felles tilsyn med helsetjeneste for eldre.»
- 8) St meld nr 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen, Trygghet- respekt-kvalitet, Sosial og helsedepartementet.
- 9) Statens helsetilsyn, Nasjonal Strategi for Kvalitetsutvikling i Helsetjenesten, IK-2535.
- 10) Statens helsetilsyn 10/99 HIV 4.mai 1999, Pressemelding Store manglar i helsetenesta for eldre.
- 11) Svein Aage Christoffersen, Handling, Person, Samfunn, Tano Aschehoug, Oslo 1997.
- 12) Referansene er:
Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten, (5)
Forvaltningsloven, (4)
Lov om Offentlighet i forvaltningen 19.06.1970, nr 69.
NS-ISO 8402, NS-ISO 10011-1, Samordning av myndighetenes tilsyn – internkontroll (P-0833) og helselovgivningen.
- 13) Legeforeningens svar til Verdikommisjonen, Tidssk Nor Lægefor. nr 8. 1999; 119,128-23.
- 14) Inge Lønning, «Individets rettigheter – samfunnets plikter, Omsorg nr 3/1994 s 5-15.



Denne mannen koster samfunnet fett med kroner.

Doxazosin NM gjør Helse-Norge billigere!!

Doxazosin NM Pharma tabl. 2mg, 20stk kr 105,00
Doxazosin NM Pharma tabl. 2mg, 100stk kr 403,00
Doxazosin NM Pharma tabl. 4mg, 100stk kr 510,00

Prisene er veil. utsalgspriser fra apotek pr. 1 november 1999
Refusjon; § 9, pkt. 12

Delbare tabletter på 2 og 4 mg.

Doxazosin "NM Pharma"
Selektiv α_1 -blokker

ATC-nr.: C02CA04

TABLETTER 2 mg og 4 mg: Hver tablett, udraisert, inneh.: Doxazosin, mesl. aeqv. doxazosin 2 mg, resp. 4 mg, lactos., const. q.s. Med delestrek.

Egenskaper: Klassifisering: Selektiv α_1 -blokker. Senker perifer karmotstand samt relaxerer glatt muskulatur i stroma, kapsel og blærehals.

Virkningsmekanisme: Selektiv og kompetitiv postsynaptisk α_1 -reseptorblokade. Senker blodtrykket som følge av reduksjon i total perifer karmotstand. En dose daglig gir klinisk adekvat blodtrykksreduksjon i 24 timer. Blodtrykket reduseres gradvis, med maks. reduksjon vanligvis etter ca. 2-6 timer. Etter innstilt vedlikeholdsdose er det liten forskjell i blodtrykket i liggende og stående stilling.

Toleranseutvikling: er ikke sett. Bedrer benign prostatahyperplasi symptomatisk ved selektiv α_1 -adrenoseptorblokade i glatt muskulatur i stroma, kapsel og blærehals. Blodtrykksendringer hos normotensive pasienter med benign prostatahyperplasi er klinisk insignifikante. Absorpsjon: 60-65 %. Maks. serumkonsentrasjon etter ca. 2 timer. Proteinbinding: Ca. 98 %. Halveringstid: Bifasisk med terminal halveringstid på 22 timer. Metabolisme: Mindre enn 5 % skilles ut i uforandret form. Ingen vesentlige endringer i farmakokinetiske forhold hos eldre og pasienter med redusert nyrefunksjon.

Indikasjoner: Hypertensjon. Symptomatisk behandling av benign prostatahyperplasi.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for quinazoliner. Nylig gjennomgått hjerteinfarkt. Forholdsregler hos pasienter som allerede bruker doxazosin, og som får hjerteinfarkt, må vurderes individuelt.

Bivirkninger: Hypertensjon: I kontrollerte kliniske studier er de vanligst observerte bivirkningene av postural type (sjelden med synkope) eller uspesifikke, og inkluderer svimmelhet, hodpine, slapphet, uvelhet, postural svimmelhet, vertigo, edem, asteni, somnolens, kvalme og rhinitt. Ved bruk etter markedsføring er i tillegg følgende bivirkninger blitt rapportert: Sjeldne tilfeller av uspesifikke gastroplager som abdominal smerte, diaré og oppkast. Sjeldne tilfeller av agitasjon og skjelvinger. Svært sjeldne tilfeller av urininkontinens er rapportert, effekten kan være relatert til doxazosins farmakologiske virkningsmåte. Isolerte tilfeller av priapisme og impotens er rapportert i sammenheng med α_1 -blokkere, inkl. doxazosin. Isolerte tilfeller av allergiske legemiddelreaksjoner (som hudutslett, pruritus, purpura, gulsoff og forhøyede levertransaminaser) og neseblødning er også rapportert. I tillegg er følgende hendelser rapportert fra klinisk bruk, men disse kan generelt ikke skjeles fra underliggende sykdom eller symptomer som kan oppstå ved fravær av doxazosinbehandling: Takykardi, palpasjon, brystmerter, angina pectoris, hjerteinfarkt, cerebrovaskulære hendelser, hjertearytmier og tåkesyn. Benign prostatahyperplasi (BPH): Erfaringer indikerer lignende bivirkninger som sett ved hypertensjon.

Forsiktighetsregler: Pasienter med angina pectoris bør på forhånd bruke midler som gir effektiv profylakse mot anginaanfallet før de får doxazosin. Muligheten for uforutsett kraftig antihypertensiv effekt, spesielt ved samtidig betablokkerbehandling, tilsier at doxazosin introduseres i lave doser (1 mg) og at ev. doseøkning skjer langsamt. Ved overgang fra betablokker til doxazosin hos pasienter som har angina pectoris, må vanlige forsiktighetsregler ved seponering av betablokker iakttas, og doxazosin først initieres etter at pasienten er blitt hemodynamisk stabil. Pasienter med symptomatisk hjertevekt bør primært få behandling rettet mot hjertevekten før doxazosin initieres. Pasienter med behandlet hjertevekt bør kontrolleres nøye i startfasen, med henblikk på ev. forverrelse. Doxazosin skal administreres med forsiktighet til pasienter med nedsatt leverfunksjon.

Ingen erfaring foreligger om bruk av doxazosin hos barn. Evnen til å betjene maskiner, motorfartøyer o.l. kan påvirkes, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Symptomatisk behandling av benign prostatahyperplasi bør institueres i samarbeid med spesialist i urologi. Før behandling iverksettes, og regelmessig under behandlingen, skal pasienten undersøkes nøye med digital rektal eksaminasjon, registrering av symptomer og måling av prostata-spesifikt antigen (PSA) for om mulig å avdekke prostatacancer.

Graviditet/Amning: Forsøk hos dyr har ikke vist tegn på teratogen effekt, men indikerer akkumulering i brystmelk. Dyrerforsøk med doser 300 ganger høyere enn øverste terapeutiske dosering har vist redusert fetal overlevelse. Sikkerhet er ikke godgjort hos gravide eller ammande, og doxazosin bør bare brukes når behandlingstiltaket er avveiet mot mulig risiko.

Interaksjoner: Doxazosin kan forsterke blodtrykksenkning som skyldes andre midler med virkning på blodtrykket. Blodtrykksenkning av doxazosin kan motvirkes av antihypertensiva.

Dosering: Hypertensjon: Voksne: Doseres én gang daglig. Initialt 1 mg. Dosen kan økes etter 1 eller 2 uker til 2 mg daglig. Om nødvendig kan dosen fordobles hver annen uke. Høyeste anbefalte dose er 16 mg daglig. Benign prostatahyperplasi: Doseres én gang daglig. Initialt 1 mg. Om nødvendig kan dosen dobles hver eller hver annen uke til maks. 8 mg. Vanligste vedlikeholdsdose er 4 mg daglig. Vanlig dosering kan benyttes hos pasienter med redusert nyrefunksjon.

Overdosering/Forgiftning: Inntrer hypotensjon, legges pasienten straks flatt med hodet ned. Annen behandling gis individuelt etter behov. Dialyse er ikke indisert på grunn av doxazosins høye proteinbinding.

Godtgjørelse: 12

NM Pharma

Gjerdrumsvei 10B, 0486 Oslo

En leges journal

*– trygghet
for den som
har defini-
sjons-
makten,
usikkerhet
for
den som vet
seg definert*



Et besynderlig besøk hos min sykehuslege gjorde meg oppmerksom på journalen som sted for konservering av lege-pasient forhold på legens premisser. Besøket var besynderlig fordi legen ikke på noe tidspunkt viste interesse for meg eller min tilstand. Min halve time på hans kontor brukte han først på en telefonsamtale, deretter på en samtale med meg om et emne han interesserte seg for.

Telefonsamtalen fikk jeg etterpå vite var med ett av våre fremste alpin-ess (tidligere eller nåværende), og dreide seg om dennes kone som følte at tøyet ikke lenger 'hang helt godt på henne'. Kunne min indremedisiner hjelpe med kontakter og prisavslag på brystimplantater? Det kunne han, samtalen dreide seg om på hvilken måte den tidligere alpinhelten skulle fremstille slektsforholdet til indremedisineren for å få en best mulig pris. Også dette fant de ut av i løpet av et kvartes tid. I mellomtiden forsøkte jeg å få noe fornuftig ut av min etterhvert omfattende journal.

Etter avsluttet telefonsamtale fortsatte indremedisineren å oppholde seg i den sportslige verden, nå var det base-hopping det dreide seg om. At han nå henvendte seg direkte til meg, gjorde det noe vanskeligere å fortsette med å lese i journalen. Jeg svarte litt i hytt og vær, men er for godt oppdratt til at jeg kan sitte og lese mens et annet menneske forsøker å snakke med meg. At jeg ikke er videre interessert i emnet, og at samtalen på det mest konkrete vis foregår på min bekostning, ender ikke på det fakutm at min forbannede oppdragelse hindret meg i å gå før mannen rakk å skrive navnet mitt på regningsblokken.

Journalen jeg leste overrasket meg og gjorde meg trist. Det er litt vanskelig å forstå hvorfor akkurat trist, men det er den mest dekkende beskrivelse på den tilstand jeg befant meg i under og etter lesningen. Forholdene på det angjeldende sykehus, og mine flerfoldige lidelser, tilsier at mange forskjellige leger hadde skrevet journalen. Flere mennesker som sammen har skrevet den samme tekst over en tidsperiode fra begynnelse til nåtid. Selvsagt med den forsinkelse som ligger i at ingen på sykehuset egentlig har tid til å skrive journaler og tekster derfor blir noe forsinket eller lagt inn i mappen håndskrevet på et ark. Disse håndskrevne tekster fremsto som like fine som de maskinskrivne, det er ikke teknikken det her dreier seg om. Bidraget fra såvidt mange forskjellige leger i den samme sykehusjournal gjør det også vanskelig å si at det dreier seg om den ene eller den andre legens stil, uttrykksmåte eller livsforståelse. Jeg tror det var et nogenlunde dekkende bilde av journalen per se jeg fikk et glimt av der på det forfalte legekontor.

Det er ikke det at jeg ikke kunne kjenne meg igjen i det skrevne, for det kunne jeg. Men det å se sine egne ord tol-

ket inn i en sammenheng jeg selv ikke har valgt og heller ikke kjenner meg hjemme i, var underlig. Ting og hendelser jeg ikke anser som videre betydningsfulle hadde fått hedersplassen og tronte i en hittil ukjent størrelse og ramme. De forskjellige leger er opptatt av svaret på et spørsmål som ikke opptar meg nok til at jeg verdiger det et svar. Ting jeg har vært opptatt av og spørsmål jeg har søkt svar på, var helt fraværende i mappen, selv om denne nesten var tykk som Det nye testamente og hadde omtrent like mange forfattere. Dog ikke av samme kjønn.

Journalen gir inntrykk av en objektivitet den ikke besitter. Jeg besitter heller ingen objektivitet i forhold til meg selv og egne skavanker. Problemet med journalen er at den i sin form forsøker å heve seg over den subjektive vilkårlighet resten av livet favnes av. Selv forholdsvis klare svar på enkle blodprøver kan variere, og tolkningen av dem i enda større grad. Det er ikke så mange år siden pasienter fikk innsynsrett i egen journal, etter å ha lest forskjellige forstår jeg enkelte legers bekymring for konsekvensene av en slik innsynsrett. Pasienter og leger vil bare unntaksvis ha samme oppfattelse av et fenomen, en situasjon, et symptom. Og det er ikke alltid legen har rett. Ellers i verden vet man at som du spør får du svar; svaret man får er ofte i stor grad preget av det spørsmål som stilles og det blick man føler seg sett av.

Det er ingen løsning å slutte med journalskriving i helsevesenet. Heller ikke bør pasienter skrive egne journaler. Men trolig vil utviklingen i pasient-lege forholdet gjøre noe med journalens form og innhold. En myndiggjøring av pasienten og en lyttende lege vil kanskje gjøre tonen noe mer ydmyk og åpen overfor den annens (pasientens) erfaringer og liv. Kanskje kan en leges følelse av utilstrekkelighet overfor å skulle definere sider/uttrykk/symptomer ved et fremmed menneske i seg selv være med på en endring av journalens selvsikkerhet?

Selv hadde jeg ikke regnet med å få tilsendt en regning for sykehuslegens bruk av min tid. Men det fikk jeg selvfølgelig. Man får alltid tilsendt regning.

I den nære ettertiden tok jeg konsultasjonen som et tegn på at alt var bra med meg, og at det ikke var noen grunn til uro over tilstanden. Hadde det vært det, så hadde vel legen opptrådt annerledes. Noen uker senere var jeg ikke så sikker lenger. Jeg husket bare å ha lest i journalen min at jeg var en «påfallende» pasient.

«Styx»

Lesverdig verdimelding

Sosial- og helsedepartementet har skrive ei stortingsmelding om verdiar for norsk helseteneste, St.meld. nr. 26 (1999–2000). Det er tidlegare Utposten-redaktør Geir Sverre Braut som har ført meldinga i pennen. Av meldinga går det fram at Sosial- og helsedepartementet meiner at dei viktigaste verdiane for norsk helseteneste er:

- eit likeverdig tenestetilbod over heile landet
- tilgang til fagleg forsvarlege tenester
- menneskeverdet som ukrenkeleg



Meldinga er av interesse for alle som er opptatte av kva ei god helseteneste skal innehalde. Vi trur at meldinga kan vere ei hjelp for helsepersonell og beslutningstakarar på lokalt og sentralt nivå til å styre i vanskelege avgjerder.

Meldinga burde inspirere til debatt i fagmiljøa, kantiner og pauserom og gjev mange utfordringar som det er opp til oss i fagmiljøa å ta fatt i.

Utposten tok ein prat med Geir Sverre Braut om bakgrunn og innhald i meldinga.

Intervju ved Frode Forland

Illustrasjonen på framsida av meldinga er bilete av den barmhjertige samaritanen, henta frå kyrkja på Stiklestad. Men det var ikkje plass til heile bilete på forsida. Dei to som gjekk forbi den nauddlidande, levitten og presten, har ikkje kome med på omslagsarket. Tanken med illustrasjonen er å formilde ønskje om at helsetenesta skal vere ei teneste for dei som treng hjelp, og ikkje eit upersonleg vesen som går forbi dei trengande, seier Geir Sverre Braut.

Han trur han blei spurt om å ta på seg jobben med å koordinere og skrive meldinga fordi han tidlegare har vist stor interesse for mange av dei faglege problemstillingane som meldinga omfattar. Jobben med å lage ei slik melding er i stor grad å innhente stoff, snakke med fagfolk og politikarar og saman med fleire vere med å formulere det som til slutt skal stå i dokumentet. Helseministeren har sjølv tatt aktivt del i arbeidet med å utforme innhaldet i denne meldinga, seier Braut.

Bakgrunnen for meldinga er at vi har fleire nye helselover på beddingen og nye finansieringsordningar for helsetenesta. Dette krev at ein synleggjer det verdimeisige gjennom som helsetenesta byggjer- og skal byggje på, på tvers av forvaltningsnivå og helsepersonellgrupper. Verdiar er kjensler som seier oss kva som er godt og vondt og kva som er verdt å gjere til mål for livet, seier Braut.

Men dette er ein individuell definisjon. Kan eit system ha eit verdisyn, og er ikkje det helst ei personleg sak for den einskilde helsearbeidar?

Når ein arbeider i ei offentleg teneste, jobbar ein ikkje berre for seg sjølv. Ein må og kjenne måla og verdiane for den tenesta ein representerer og arbeide i samsvar med dei. Men verdiane vert spelte ut i den einskilde sine handlingar og haldningar i møte mellom helsepersonell og pasient. Vi ønskjer at brukarane skal ta større del i beslutningsprosessen.

sen rundt eigen sjukdom og behandling, men ikkje alle pasientar er sterke nok til det ved visse sjukdomar. Då må omsorgsfulle og flinke fagfolk vere med og ta ansvar for pasienten i ein sårbar fase av livet. Vi skriv ikkje om sårbare grupper i denne meldinga, men om sårbare menneske. Vi kan alle vere sårbare i ulike delar av livet, i barneår og alderdom og ved sjukdom og kriser midt i livet. Vi ønskjer å gje tryggleik til dei som er vanskelegstilte og ser på tenesene mot livets slutt som den store kvalitetsprøven for helsetenesta.

Meldinga skriv om likeverdige og forsvarlege helsetenester som ein viktig verdi. Korleis vil de då få legar til å jobbe der folk bur, og der behova er, og ikkje berre der det er mest pengar å tene?

Denne meldinga tek ikkje særskilt for seg tiltak for å styrkje primærlegedekninga. SHD er kjent med problema og vonar at ei god fastlegeordning kan vere med å råde bot på skade. Elles er opprettinga av Nasjonalt råd for legestillingar eit konkret tiltak for igjen å få oversikt over legestillingar og ukontrollert etablering i sentrale strøk, for å styre stillingsheimlar der det er trong for dei.

Braut innrømmer at det kan synast som eit luksusproblem å skrive fine ord om prioritering og verdier når basale helsetenester ikkje er dekkja i store delar av distriktssnøreg. Med ei god fastlegeordning kunne eg faktisk tenkje meg å byrje att som primærlege, medgir han. Men prioriteringsspora måla er viktige. Denne meldinga følgjer opp mykje av tankegodset frå NOU 1997, 18, (Lønning II). Vi ønskjer at prioriteringane skal vere føreseielege (nytt nynorskord frå Braut) og opne for innsyn. Vi er opptekne av at helsetenesta prioriterer tiltak som har vist seg å vere nyttige ut frå foreliggende kunnskap. Helsetenesta må finne den rette balansen mellom tradisjon og erfaring på den eine sida og den dokumenterte faktakunnskapen på den andre. Det er nok behov for ei nærare tilnærming til EBM-tenkinga i norsk helseteneste. Vi må og finne ei kopling mellom arbeidet med kvalitetsutvikling og prioriteringsdebatten.

Korleis vil departementet få til det?

Vi vil opprette eit overordna prioriteringsutval, slik det er foreslått i Lønning II, som skal sjå på ressursfordeling mellom dei ulike sektorane og sjukdomsgruppene i samfunnet. I tillegg ønskjer vi å stimulere til eit betre samarbeid mellom dei statlege helseinstitusjonane og helsetenesta for å få fram og implementere den beste fagkunnskapen i praksis. Vi veit og at overgangen mellom ulike forvaltningsnivå i helsetenesta ofte kan utgjere eit kvalitetsproblem. Difor vil vi nedsetje eit utval som skal sjå på samhandling og samarbeid mellom første og andrelinjetenesta. Vi meiner at all-

*Faksimile
av forsida på
Stortingsmeldinga.*



mennlegen har ei nøkkelrolle i prioriteringssamanheng og som portopnar til spesialisthelsetenesta.

Så litt vaksenopplæring til slutt, kva er no skilnaden på ein NOU, ein proposisjon og ei stortingsmelding?

Ein NOU er ei offentleg fagleg utgreiing gjort på oppdrag frå eit departement, gjerne av ei breidt samansett faggruppe. Dokumentet skal få fram faktagrunnlaget for ei sak, og har referansar til dokumentasjonen som konklusjonane byggjer på. Utgreiinga vert avgitt til departementet. Departementet avgjer kva dei gjer vidare, men ofte kan moment frå ein NOU finne vegen vidare til Stortinget gjennom ei stortingsmelding. Ei stortingsmelding er ei debattmelding, og krev ikkje noko vedtak i stortinget. Innspel frå debatten kan så kome att som forslag til lovendringar som vert presenterte gjennom ein odelstingsproposisjon, eller som budsjettframlegg som vert presenterte i ein stortingsproposisjon. Vi vonar at det vert tid til å drøfte denne meldinga i vårsesjonen. Den vidare skjebnen til meldinga vert avgjort etter det.

Til slutt, Braut har eit ønske om at meldinga skal bli lest både av dei som jobbar i helsetenesta og dei som styrer med politikken. Helsepersonell bør engasjere seg i samfunnsdebatten og ikkje bli til samfunnsfaglege kløner som berre er opptekne av sitt nisjeområdet reint fagleg. Det er ei utfordring å få til ein «akademisk» stil også på verdi- og politikdiskusjonar, utan unødige polemikk.

11 år med flyktninger

Da jeg begynte å arbeide i flyktningehelsetjenesten for 11 år siden ventet jeg å finne mange tilfeller av malaria og andre tropesykdommer. Denne bekymringen kunne jeg spart meg. Hittil har jeg kun funnet sequele etter Yaws hos 1 pasient. Syfilis har jeg funnet mange av, særlig hos afrikanere og asiater, men også noen fra Midtøsten. Sykdommer som jeg stadig finner er jernmangelanemi, rakitt og parasittoser. Hepatitt B er en annen vanlig sykdom, mest bærerskap.

Sykdomspanorama

Jeg vil her fortelle om en Vietnamesisk familie jeg har møtt. Først kom en mann med kone og to små barn, 3 år og 9 mnd. gamle. De kom som kvoteflyktninger fra en flyktningeleir der sønnen var født. Ved ankomsten hadde han Hb. 6,4. Hele familien hadde skabb, Trichuris og Hakeorm. Det viste seg at gutten hadde levd på morsmelk og en grøt laget av rismel og vann. Ca. 1 år etter kom mannens 7 søsken og en svigerinne med en 1 år gammel datter. En av brødrene hadde lungetuberkulose som ble oppdaget da de skulle klareres for flyturen til Norge. De 6 andre søsknene var omslagere. Alle 7 hadde startet behandling da de kom.

Svigerinnen var svært avmagret, hadde mye haematomer. Det viste seg etterhvert å være en primær trombocytopeni. Barnet hadde hakeorm, var ellers frisk.

Av Mari Ochrenenko

En av søstrene hadde cataract på et øye. Hun ble operert, men kunne ikke se bedre etter operasjonen. Det ble da funnet en tumorliknende forandring på øyeeplets bakside. Dette viste seg å være hakeorm. En annen av søstrene var døvstum og gravid. Ingen visste hvor langt i graviditeten hun var. Det viste seg å være 7. mnd. Hun hadde hakeormegg i avføringen, var ellers frisk. Hun kunne ikke tegnspråk, men hadde laget seg sine egne tegn, som søsknene forsto. Vi måtte derfor bruke en av søsknene til å tolke hennes tegn, og vietnamesisk tolk til å oversette det til norsk. Etterhvert kunne vi bruke døvetolk og vietnamesisk tolk samtidig. Dette var en ny og spennende utfordring. Barnefarene hadde fått oppholdstillatelse i et annet europeisk land, men fikk turistvisum for å besøke barnet sitt. De giftet seg da, og etter en tid fikk han familiegjengenforening med kone og barn. Han var også hørselskadet, men har en hørselrest. Etterhvert kom også mannens foreldre, yngste søsken og to fettere til landet.

En annen familie på fire fra Midtøsten kom som asylsøkere. Ved skjermbildekontrollen ble det funnet cyster i lungene på både mannen og kona. Dette viste seg å være Eccinokokkcyster. De hadde begge levercyster også. Mannen fikk hemoptyse og måtte fjerne deler av den ene lungen. Kona har en stor levercyste, og det er like spennende hver gang hun skal føde.

En ung vietnamesisk kvinne hadde en bønnestor lymfeknute på halsen, som hun fortalte at hun hadde hatt lenge. Hun var negativ på Pirquet ved ankomst til Norge. Ca to måneder senere hadde hun en positiv Pirquet, men negativt skjermbilde, lymfeknuten var uforandret. Hun ble henvist til øre-nese-hals spesialist med spørsmål om mulig TBC. Det ble ikke tatt biopsi, og heller ingen videre oppfølging der. Ett år senere var det status quo. Jeg hadde den gang pasientene i ett år før de ble overført til annen lege. Fem år senere kom hun til meg igjen. Nå hadde hun en stor hevelse på siden av halsen, og problemer med å bevege hodet. Det viste seg at det var en tuberkuløs abscess.

Jeg har hatt mange med positiv syfilisserologi. De fleste fra Afrika, noen fra Asia og noen få fra Midtøsten. Ingen var helt ferske og ingen nevrolues. Bare noen få visste at de hadde hatt en kjønnssykdom, en hadde fått behandling for syfilis og en viste seg å være sequele etter Yaws.

Luseepidemi

Fire ganger har vi oppdaget lus i asylmottaket. De tre siste gangene har det greid seg med å behandle familien. Men første gangen var det flere familier som var smittet da vi oppdaget det, og vi måtte behandle alle 120 beboerne. Men det viste seg at en av familiefedrene nektet å ta behandlingen, så etter en stund fikk vi en ny oppblomstring. Vi hadde da en voldsom sjau med å overbevise disse fedrene, en av dem var far til en pike som hadde massivt med lus i første omgang. Den gangen ble mor rasende fordi vi sa at datteren hadde lus. Vi måtte få mor og datter til legekontoret, sette jenta under lupen og nærmest tvinge mor til å se på de kravlende lusene i datterens hår. Mor og datter vasket håret, men far ville ikke. Dette skjedde i to andre familier også. Så da vi fikk en ny oppblomstring vasket sykepleier og en miljøarbeider hodene på alle som ikke frivillig gjorde det mens de så på. En familie med seks barn forsvant ut i skogen. Etter noen timer kom eldste datter for å se om kysten var klar. Hun ble omgående vasket og holdt tilbake i leiren. Det samme skjedde med de fire neste barna som kom. Til slutt kom foreldrene med den minste. Vi ble kvitt lusa etter dette.

Hepatitt

Hepatitt-B bærere har vi til enhver tid i leiren. Vi gir grundig informasjon om smittefare til hver enkelt, og har hittil ikke hatt noen sekundærttilfeller. Tre ganger har vi hatt akutt Hepatitt B. Hepatitt A har vi også hatt tre ganger. Første gang var det en tre år gammel gutt, som innsyket ca. fire uker etter at bestemor kom på besøk. Neste gang var det to søsken som innsyket ca. en måned etter ankomst til landet. Det siste tilfellet var nå i høst, to søsken ble oppdaget da far klaget over dårlig appetitt. Det viste seg da at eldre søsken hadde hatt dårlig appetitt siden de kom til Norge. Denne familien kom fra en flyktningeleir i Makedonia.

Psykatri

I en flyktningestrøm vil det alltid finnes psykiatiske pasienter. Jeg vil her fortelle om tre av de jeg har hatt. Den ene var en mann fra Asia. Historien hans forteller at suicidaltrusler bør tas på alvor. Han var periodevis truende og aggressiv, knuste møbler på diverse kontorer osv. Han var innlagt, senere i poliklinisk behandling ved psykiatrisk avdeling/poliklinikk. Han truet stadig med suicid, men følte at han ikke ble tatt på alvor. Det endte med at han tente på leiligheten sin med hjelp av bensin. Han ble slengt ut på gaten av den eksplosjonen som kom, med store brannskader. Han overlevde, men sliter fremdeles med de skadene han fikk.

Den andre var en ung mann fra et Sydeuropeisk land. Han fortalte meg at han måtte barbere seg på hodet hver dag, for hvis hårstråene ble lange nok til at han fikk tak i dem med neglene, måtte han dra dem ut og spise dem. Dette var

blitt en besettelse hos ham. Han var lenge hos oss, lærte godt norsk, jeg snakket mye med ham. Han var alltid hyggelig, høflig og oppførte seg korrekt, men hadde noen meninger som virket påfallende. En dag fortalte han at han måtte reise hjem. Som grunn til det sa han at han skulle hjem fordi det var noen der han måtte drepe. Han viste ingen tegn på sinne eller aggressivitet når han snakket om dette, snarere tristhet. Han ville ikke si hvem han skulle drepe. Han lot seg motivere til å legge seg inn på psykiatrisk avdeling, der han var noen uker. Han ble utskrevet som frisk, ikke fare for seg selv eller andre. Jeg ble sammen med andre invitert på lunch hos ham, og han var da den perfekte vert. Det viste seg like etter at dette var en avskjedslunch. Uken etter sa han høytidelig adjø og reiste hjem. Mindre enn to uker etterpå fikk vi vite at han hadde drept sin søster og hennes mann. Han ble innlagt i psykiatrisk sykehus i hjemlandet.

Den tredje var en ung afrikansk mann som kom til meg meget opprørt over de ansatte i mottaket og deres oppførsel. Når han og «vennene» hans møtte de ansatte, hilste de bare på ham, ikke på «vennene» hans, og enda verre: når de kom inn i oppholdsrommet, satte de seg uten å spørre om lov i stolen der en av «vennene» hans satt, og de ba aldri om unnskyldning etterpå. Etter hvert kom det fram at «vennene» hans var ånder. De plaget ham mye, var der alltid og forlangte av og til at han skulle gjøre ting han ikke ville. Men likevel kunne de ansatte godt oppføre seg høflig mot dem. Disse åndene var norske. Etter en tid forsvant han fra mottaket i fire døgn. Da han kom tilbake fortalte han at afrikanske ånder, som han kjente fra før hadde kommet etter ham, disse kjente han fra før, og de hjalp ham. Sammen med de norske og de afrikanske åndene hadde han gått ut i skogen til en leir de hadde der. Der hadde de afrikanske åndene meglet så de norske også ble snille. I hjemlandet hadde han hatt liknende perioder. Der løste han det med å be i moskeen. Han fikk flytte til en by med moské. Jeg hørte senere at det gikk bra med ham. Han fortalte mange historier om «vennene» hans i forhold til ansatte i mottaket og andre beboere og «dumme» nordmenn på gata som ikke så seg for. Etter at jeg oppfordret ham om å fortelle de ansatte om vennene sine, gikk det bedre.

Tortur

Vi vet at i ca 60 % av all tortur er det lege til stede under mishandlingen. Alle som har opplevd dette er mistenksomme og mistroiske overfor leger. Noen har sterk legeskrekk. Det tar lang tid og krever mye tålmodighet å skape et tillitsforhold til dem. Jeg vil fortelle om to slike tilfeller. En ung mann fra Midtøsten var så redd at vi måtte snakke sammen mens han sto i venterommet og jeg sto i mitt kontor, med kontorsøsters rom mellom oss. Etter et par år kunne han komme inn på kontoret og sette seg. En 17 år gammel afrikansk gutt, som kom til Norge sammen med to eldre søstre, kom aldri

til legekontoret. En dag kom hans eldste søster til meg fordi hun var bekymret for broren, som hadde låst seg inne på rommet i flere dager. Hun hørte at han hostet veldig mye, men nektet å åpne døren for henne. «Du kommer bare til å ha med deg en lege» sa han. Gutten snakket kun sitt morsmål og vi hadde ingen tolk til stede. Jeg valgte derfor å be en eldre mann fra guttens land som snakket engelsk, om hjelp. Han lovet å bruke kun de ordene jeg brukte, ikke under noen omstendighet bruke ordet lege eller doktor, og ikke bli sint eller vise andre reaksjoner samme hva vi måtte oppleve. Vi banket på døren. Gutten ville vite hvem det var. Da valgte jeg å bruke det kallenavnet barna i leiren hadde gitt meg og svarte: «Det er mamma Mari og NN (navnet på «tolken»)). Jeg har hørt at du er syk og jeg er bekymret for deg. Kan jeg få komme inn?» Etter en lang tenkepause åpnet han døren. Han var feberhet og medtatt, og hostet stygt. Jeg forklarte at alle mammaer blir bekymret når barna blir syke. Dette aksepterte han og jeg fikk etter en ny lang tenkepause lov til å lytte på ryggen hans. Ryggen var full av arr etter pisking. Han var i hjelpenn, og «tolken» hadde problemer med pusten. Da jeg bare lyttet uten å si noe slappet han av. Jeg fikk komme tilbake med medisiner til ham. Neste uke kom han på legekontoret til kontroll.

Den tyngste delen av jobben er å snakke med torturoverlevende om det de har opplevd, og å skrive attest om dette. Jeg må alltid huske at tolken ofte har gjennomgått samme slags tortur selv, og ofte gjenopplever det under samtalen. Tolken trenger da også en samtale etter at pasienten har gått. Grethe Skyllv fra RCT (Rehabiliteringscenter for torturerte i København) sa det slik: «Vi må samle opp tolken etter en slik samtale». Jeg har mange ganger opplevd at pasienten har fått «flashback» og gjenopplevd torturen på kontoret mitt. Den sterkest ødelagte torturoverlever jeg har møtt ble psykotisk og fikk «flashback» hver gang vi snakket om torturen eller skadene han hadde. Jeg måtte derfor snakke med han mange ganger for å få skrevet en attest der jeg bekreftet skadene. Jeg opplevde å bli oppringt hjemme i ferien av en jurist i departementet og regelrett utskjelt fordi jeg hadde skrevet «en sånn attest for en slik fyr». Det endte med at han skulle i et nytt politiavhør. På vei inn til avhøret ble han psykotisk så han ikke kunne avhøres. Han ble satt på bussen hjem, mottaket ble varslet og bedt om å hente ham. De fikk ham rett inn på psykiatrisk avdeling. Han fikk senere opphold på humanitært grunnlag fordi det hadde vært israelske agenter til stede ved det første politiavhøret.

Trusler

Frustrasjoner, sinne og avmakt er noe vi blir vant til å takle. Alvorlige trusler har jeg bare opplevd noen få ganger. Spesielt godt husker jeg to tilfeller. Den ene var en mann fra Midtøsten. Han snakket engelsk, så vi brukte ikke tolk. Han var

dypt fortvilet på grunn av sin datter som var syk og ikke fikk legehjelp i hjemlandet. Han reagerte med sinne mot alt og alle. En dag kom han til kontoret mitt i fullt raseri. Han ville anmelde alle ansatte i mottaket til politiet, og ville at jeg skulle ringe for ham. Det var OK at han ville anmelde oss, men jeg nektet å ringe for ham, det fikk han gjøre selv. Vi var alene i bygningen, og det fantes ingen alarm. Han feide alle papirene på bordet ned på gulvet, slo knyttneve i bordet og skrek til meg. Han sto lenet over skrivebordet, tok opp telefonrøret og skrek «Call police now» Jeg la på røret og sa nei. Dette gjentok seg mange ganger. Til slutt ble jeg sint, smalt telefonrøret på plass og ropte «nei», pekte på stolen og ropte «sitt». Et øyeblikk etter satt han på stolen, dypt uheldig og ba om unnskyldning. Vi var gode venner igjen og han hjalp meg å rydde. Etter dette var han aldri sint eller aggressiv overfor meg.

Den andre gangen var jeg også alene i bygningen da en sint ung mann fra Midtøsten kom inn. Han satte seg ned og fortalte at han skulle drepe alle ansatte i mottaket, «og det gjelder også deg» sa han. Jeg fikk ikke vite hvorfor han skulle drepe oss, men han beskrev detaljert hvordan han skulle bruke kniven som han skulle drepe oss med, og i hvilken rekkefølge vi skulle drepes. Jeg fikk vite hvor han hadde kniven. Den siste han skulle drepe var seg selv. Jeg måtte forklare at reglene er sånn at jeg måtte anmelde ham til politiet, mottakets ledelse og UDI dersom han holdt fast ved at han skulle drepe oss. Det var i orden for ham. Politiet fant kniven der han hadde sagt at den lå. Han ble tatt med til politistasjonen.

Stillinger

Da bosnierene kom åpnet kommunen to nye mottak med 100 personer i hvert. Helsetjenesten besto da av en lege, en sykepleier, en sekretær i 100% stilling, dessuten en psykiatrisk sykepleier i 50% stilling og to helsesøstre i henholdsvis 75% og 50%. Vi hadde da også alle flyktningene som hadde bodd mindre enn ett år i kommunen.

Da vi i vår åpnet et mottak med 100 flyktninger fra Kosovo var vi en sekretær i 100 % stilling, en lege i 40 % stilling, en psykiatrisk sykepleier og en helsesøster i 50 % stilling. Vi fikk beskjed om å se hva som kunne gjøres for å styrke tjenesten. Vi forsøkte å få en lege til inn i tjenesten, men dette viste seg å være umulig. Jeg fikk derfor en vikar i en 30 % stilling ved et sykehjem. Psykiatrisk sykepleier utvidet sin stilling til 100%. Ellers fikk vi ingen forsterkning. Vi fordelte oppgavene oss imellom, og dette gikk fint. Vi har hatt mer enn nok å gjøre, og en del utfordringer, men ingen store problemer.

Jobben med flyktninger er interessant, spennende, periodevis tung og frustrerende, men også svært givende og lærerik. Det største problemet er å få tolk når man trenger det.

Jannike Reymert
Bakklandet legekontor
Sverresgate 23
7800 Namsos

Eksamenskommisjon for medisinsk embetseksamen
Det medisinske fakultet
Universitetet i Tromsø
N-9037 Tromsø

Namsos, 26.9.99

**Ettertanker etter tre dager som sensor ved Universitetet i Tromsø, muntlig del
av medisinsk embetseksamen –
har allmennmedisinen noen plass der?**

Det var med stor spenning jeg dro til Tromsø for å være sensor ved medisinsk embetseksamen våren 1999. Jeg selv tok medisinsk embetseksamen i Tromsø i 1983 og har ikke hatt kontakt med Universitetet siden det. Det ble på en måte en «aha»-opplevelse å være tilstede på eksamen igjen, ikke minst fordi det gikk opp for meg at mitt syn på allmennmedisinens rolle har endret seg radikalt etter 13 år som allmennpraktiker. Jeg tillater meg derfor å komme med mine tanker rundt allmennmedisinens rolle under den muntlige delen av medisinsk embetseksamen.

Jeg er dypt rystet over det nesten totale fravær av allmennmedisinske betraktninger under eksaminasjonene. Selv om kandidatene var oppe i indremedisin, kirurgi, øyesykdommer osv hadde jeg forventet at man under eksaminasjonen prøvde å belyse problemstillingene slik de fortoner seg både i 1. og 2. linjetjenesten.

Det var selvfølgelig stor forskjell på hvor naturlig det var å eksaminere på allmennmedisinske problemstillinger, noen problemstillinger hører naturlig bare hjemme innenfor sykehusets fire vegger og har liten relevans for primærhelsetjenesten, men det jeg erfarte var at de fleste eksaminatorene fokuserte så ensidig på sitt lille fagområde at de ikke engang prøvde å eksaminere på de sidene ved pasienthistoriene som tilhører det allmennmedisinske arbeidsområde, selv der det var opplagt interessante allmennmedisinske sider ved problemstillingene.

Jeg tror at det jeg mente å se som en «slagside» ved den medisinske embetseksamen kan skyldes at ingen av eksaminatorene har noen fot i det allmennmedisinske miljøet, og som meg ser vel de fleste sitt eget hjertebarn best. Det virket på meg helt klart at det heller ikke var «offisiell politikk» at kandidatene skulle eksamineres i allmennmedisinske spørsmål heller.

Allmennmedisinen lekker for tiden i begge ender, det er manglende rekruttering og mange primærleger går over i en sykehusjobb. Ikke minst i Nord-Norge er jo dette et enormt problem. Årsakene til dette er mange, men jeg undres på om mitt lille inntrykk fra eksaminasjonene av kommende leger sier noe om holdningene studentene har fått om hva som er viktig i medisinen verden?

Jeg oppfordrer derfor eksamenskommisjonen til å vurdere allmennmedisinens rolle ved Universitetets medisinske embetseksamen. Er ikke allmennmedisin et så stort og viktig fag at det burde være et eget fag studentene kunne komme opp i på linje med øye, ØNH, gynekologi osv? Eller burde alle eksaminatorer fått klare retningslinjer på at endel av eksaminasjonen SKAL være den allmennmedisinske takling av den aktuelle pasients problemer?

Namsos, 26.8.99

Jannike Reymert
Allmennpraktiker

KLINISK - EPIDEMIOLOGISKE LÆRESTYKKE

Steinar Hunskaar (f.1956) er professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen og spesialist i allmennmedisin. Han er redaktør for boka «Allmennmedisin» som kom i 1997. Ved Seksjon for allmennmedisin har dei vektlagt klinisk epidemiologi, EBM og kritisk litteraturvurdering i undervisninga si, og Hunskaar vil med ujamne mellomrom gje eksempel for lesarane av UTPOSTEN.

Indikasjon for østrogenbehandling: *don't get misled by facts?*

Østrogensubstitusjon er ei godt dokumentert behandling for plager i klimakteriet. Stadig fleire norske kvinner bruker slik behandling, og stadig fleire av ulike grunnar ut over dei tilrådde 2-5 år (1). Argumenta og indikasjonane er etter kvart blitt mange, men til dels dårleg dokumenterte. Aviser og vekeblad er flinke til å reklamere for ulike fordelar av slik behandling, ofte godt støtta av ulike spesialistar.

I dette lærestykket vil eg først nemne ei viktig kontrollert studie som allmennpraktikarar bør vite om. Dernest tek eg for meg to argument for østrogenbehandling som eg veit blir framført ovanfor både legar og kvinner i ulike samanhengar.

Østrogenbehandling mot urininkontinens

Det er liten tvil om at forekomsten av urininkontinens er assosiert tidsmessig til østrogenfall i og etter overgangsalderen. Ein naturleg tanke er difor å behandle inkontinensplager hos kvinner i denne alderen med østrogen. Det finst berre få og dårlege studiar av dette spørsmålet, men det har nyleg komme ei god studie frå England (2).

Sekstisju kvinner med stressinkontinens vart randomisert til østradiol 2 mg x1 eller placebo i seks månader. Snittalderen var 63 år. Det vart ikkje påvist effektar på inkontinensen, verken på subjektive eller objektive utkommemål. Forfattarane konkluderer med at det ikkje er sannsynleg at østrogen spelar ei viktig rolle for forekomsten av stressinkontinens i denne aldersgruppa.

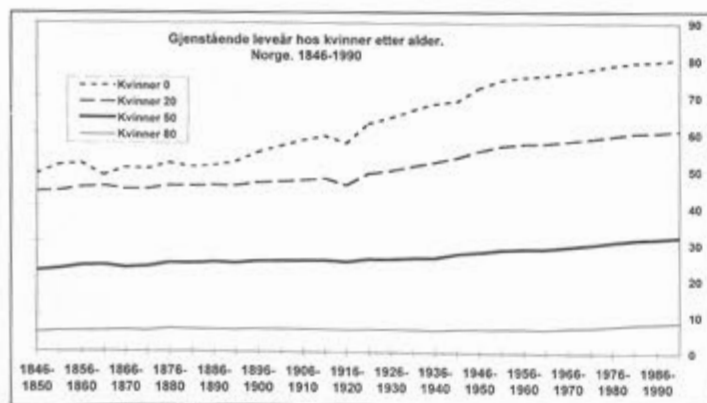
I Norge har det vore vanleg å tilrå lågpotent

østriolbehandling til kvinner med urogenitale plager (atrofi, infeksjon, inkontinens) i eldre år, basert på eldre studiar. Denne problemstillinga vart ikkje undersøkt i studien, og denne behandlingstradisjonen bør kunne halde fram.

Er endra levealder for kvinner eit argument for østrogenbehandling?

I ymse fora vert legar og kvinner fortalt at i høve til for 150 år sidan er levealderen for kvinner auka frå om lag 50 år til over 80 år. Det skulle bety at kvinnene tidlegare knapt oppnådde å komme i klimakteriet, og dermed få menopausale og postmenopausale plager, medan dei fleste no vil leve ein tredel av livet sitt etter menopausen. Mange fleire av kvinnene av i dag er difor plaga, i tillegg er dei plaga lenger enn før. Desse argumenta er etter mitt skjøn ugyldige av to grunnar.

For det første kan ikkje argumentet om at mange fleire enn før er plaga, vere eit gyldig indikasjonsargument hos den enkelte kvinna. Å starte behandling med eit medikament er ei handling som byggjer på ei unik vurdering hos den enkelte kvinna. At mange andre bruker eller treng behandlinga, er i så måte uvedkommande. Argumentet kan snuast på hovudet: Vi kan sjølvsagt ikkje la vere å bruke gode medisinar mot sjeldne sjukdommar fordi det er så få som har dei!



For det andre er det etter mitt skjøn dårleg demografisk forståing som ligg bak argumentet om mange og lange år i postklimakteriell liding. Antatt levealder ved fødsel er ikkje relevant i denne samanhengen, fordi det aldri er aktuelt med slik behandling frå fødsel-

EDB @ SPALTEN

Utpostens EDB-spalte med spørsmål, svar og synspunkter.

Kontaktperson: John Leer, 5305 Florvåg

Tlf. j.: 56140661 Tlf.p.: 56141133, Fax: 56150037

E-mail: john.leer@isf.uib.no

Kurs-Web

Ved milleniumskiftet presenterer Dnlf et helt nytt internettbasert kurstilbud knyttet til spesialist- og etterutdanningen. Dette er et prøveprosjekt som, hvis det blir godt motatt, kan gi grunnlag for utvikling av nye kurspakker etter hvert.

I første omgang er det fire kurs som er «lagt ut»:

«Informasjonssøk på Internett» med Høgne Sandvik som kursleder og kursforfatter

«Introduksjon til regnskapsføring for selvstendig næringsdrivende leger» med Bent Arne Larsen

«Spirometri» med Hasse Melby

«24 timers blodtryksmåling» med Endre Sandvik

På disse kursene kan kursdeltakerne sitte i fred og ro hjemme, på kontoret eller hvor som helst i verden hvor det finnes Internetttilgang og ta kursene leksjon for leksjon og svare på kurstestene. Tidsbruk og tempo på fremdriften i kurset bestemmer deltakeren selv. Det er bygget inn rutiner for å huske hvor i kurset deltakeren sluttet sist slik at du kan fortsette på samme sted neste gang du logger deg på. En spennende funksjon er også at du får sammenlignet dine testvar med de andre som tar kurset – altså ikke noen facit men hvordan du svarer i forhold til andres svar. Kursene er godkjent av Spesilaitetskomiteen og kursdeltakeren får kurspoeng når kurset er gjennomført og kursavgiften er betalt.

Kursene finnes i skrivende stund på webadressen <http://194.143.6.164:2323/index.cfm>. Kursene gjennomgår nå pilottesting og når den er slutført og evt forandringer er foretatt vil kursene bli annonsert gjennom Tidsskrift for Dnlf, på Legeforeningens nettsider, på Aplf's websider, via Eyr og andre informasjonskanaler til den norske legestand.

Dette er et spennende prosjekt med gode utsikter til å bli vellykket, og med den rivende teknologiske utviklingen vi ser i Internettssammenheng med større båndbredde og billigere og bedre brukerutstyr kan vi få til ganske avanserte kursopplegg i årene som kommer. Jeg nevner mer bruk av bilder, lyd og video og toveis kommunikasjon. Et eksempel på hvilke muligheter vi allerede har er «Weblærer» som er demonstrert på <http://www.presens.nl.no/new/index.html>

Selvfølge skal Internettkursene ikke erstatte de tradisjonelle kursene våre, men de kan bli et fint supplement og bidra til at noen av de lange kursene gjøres kortere.

Internettbaserte kurs er like tilgjengelig for alle slik at tidsbruk og reisekostnader ikke blir avgjørende for å holde seg faglig oppdatert. Jeg tror at også slike kurs vil bidra til ny kollegial og sosial kontakt.

Askøy i begynnelsen av mars 2000.

John Leer

len av. Vi må i staden sjå på attståande levealder gitt at kvinna opplever menopause (betinga sannsyn). Figuren viser samanhengen mellom oppnådd alder og gjenverande leveår. Eg har ikkje justert for mindre endringar i menopausealderen i perioden. Endringa i levealder for ei nyfødd jente er om lag 30 år, for ei kvinne på 50 år om lag 10 år og for ei kvinne på 80, berre 3 år i løpet av 150-årsperioden. Årsaka til desse samanhengane er sjølvst at endringa i levealder i stor grad skuldast nedgang i mortalitet i unge år. Figuren viser også tydeleg det gamle ord om at jo eldre du er, dess eldre vert du!

Så når vi skal samtale og gje råd om østrogenbehandling bør vi kanskje la demografiske argument ligge?

Litteratur:

Backe B (red.). Konsensuskonferansen om bruk av østrogen i og etter overgangsalderen. NIS-Rapport nr 5/90. Trondheim: NIS, 1990.

Jackson S, Shepherd A, Brookes S, Abrams P. The effect of oestrogen supplementation on post-menopausal urinary stress incontinence: a double-blind placebo-controlled trial. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106: 711-8.



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!

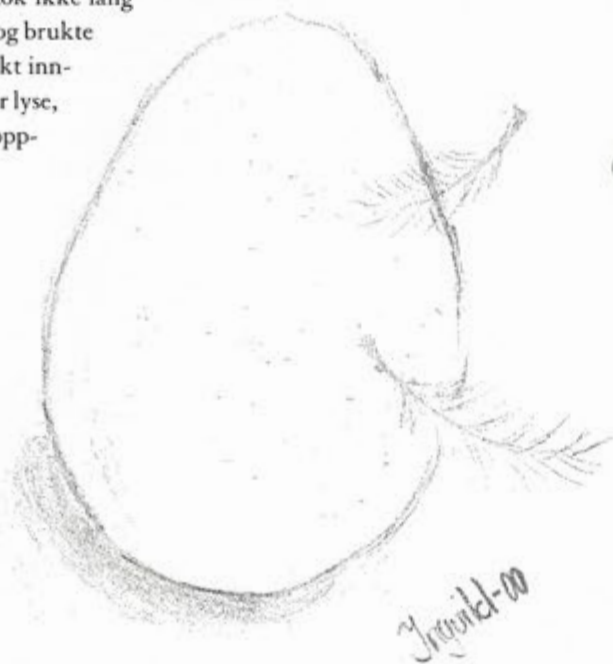
ALBINO, ALBUMIN og ALBUM

Tre ord med samme opprinnelse!

Vi har ikke tenkt på det, men ordene likner jo svært selv om betydningen av dem er svært forskjellig. Sammenhengen går via det latinske adjektivet albus = hvit. Portugisere som på sine ferder i Afrika støtte på hvite afrikanere kalte dem rett og slett for albinos = hvite.

Men hva da med et album? Idag brukes ordet om en samling frimerker, bilder, plater eller liknende, men de er jo ikke hvite noen av dem! Et album var opprinnelig en samling hvite plater som ble brukt til å skrive opp offisielle kunngjøringer. Det tok ikke lang tid før man glemte ordets «hvite» opprinnelse og brukte det om bøker som inneholdt en samling av ulikt innhold. Selv om sidene i et fotoalbum iallefall nå er lyse, tenker vel ingen på at ordet faktisk har samme opprinnelse som en albino og albumin.

Ordet albumin har sin opprinnelse fra eggehvitten (albumen), som jo naturlig nok fikk sitt navn av den hvite fargen den har i kokt tilstand. Eggehvite var selvfølgelig kjent lenge før biokjemiens tid, og man antar at albumin fikk sitt navn som en lett omskriving av albumen for å indikere at albumin er en av bestanddelene i albumen.



INFLUENZA

Dette ordet er av italiensk opprinnelse og er egentlig svært enkelt å forstå betydningen av. Å ha innflytelse eller å influere på noe er jo nettopp det sykdommen gjør, vi har ikke lenger kontroll over egen hverdag fordi noe annet har så stor innflytelse på oss. Italienerne trodde den gangen ordet oppstod at det var planeter og stjerner som stod bak den negative innflytelsen, og ordet er første gang registrert i det engelske språk i 1743 da London Magazine beskrev en influensaepidemi i Roma.

Selv om vi idag vet at det er de små, ekle virusene som forårsaker sykdommen, har ordet influensa i høyeste grad beholdt sin betydning!

Kilder: Sverre Kloumann: *Moro med ord*. Aschehoug, 1999.

William S. Haubrich: *Medical meanings*. American College of Physicians. Philadelphia, Pennsylvania, 1997.

Jannike Reymert

*Historier
fra
virkelig-
heten*

Blandingsflora

Halvor (82) og Arne (85) er brødre og samboere. Med åra er det blitt et slags ekteskap der Halvor (på koners vis) har kontrollen – kamuflert som omsorg – og Arne (på ektemenns vis) er sær og krevende. Det er Halvor som steller, Arne ligger mye på senga og tenker. Halvor er stort sett frisk, Arne har mange plager.

Brødrene bor i et lite hus av det slaget som det før fantes mange av på bygdene, men som nå er revet eller ombygd. I huset er det to rom hvorav Halvor og Arne relativt rigid disponerer hvert sitt. Bekvemmelighetene består – i tillegg til to senger – av et skinnende hvitt kjøleskap som står i en viss kontrast til interiøret for øvrig. Huset har verken innlagt vann eller toalett. En bøtte på hvert rom gjør nytten som kombinert toalett, spyttebakke for snus og utslagsvask for alt flytende.

Som sagt, Arne har sine plager som krever oppmerksomhet og omsorg. Etter noen uker der Arne hadde klaget over uspesifikke magesmerter og angivelig nedsatt matlyst, bestilte Halvor legetime for broren. «Ta med urinprøve, det er viktig» sa vår erfarne legesekretær, «helst morgenurin. Og på et kokt glass!» Hun kjente til hjemmeforholdene.

Arne kom til time som avtalt, Halvor fulgte. «Fikk du til en urinprøve?» spurte jeg Arne. Han var sur og svarte ikke.

Halvor grep inn: «Han ville ikkje, men her er prøva.» «Og eg koka glasset» la han stolt til. Et syltetøyglass innpakket i aviser ble overlevert. «Ta en stix og sett opp en mikro» sa jeg til legesekretæren.



Etter en stund stakk legesekretæren hodet inn på kontoret mitt. Om jeg kunne komme ut på lab'en. Der sto syltetøyglasset med den angivelige urinprøven, et brunlig blakket fluidum med noen ubestemmelige fnokker som lignet på kaffegrut.

Arne ble spurt, men hadde ingen synspunkter på vannlating og den slags. Halvor måtte hentes. Han forklarte at Arne hadde nektet plent å avlevere urinprøve. Det hadde utartet til en kramel som Arne (svært forutsigbart) hadde vunnet. Halvor hadde blitt nesten sint. Det var han som hadde stått for timebestillingen og han som hadde tatt imot beskjed om urinprøve, det forpliktet.

Til slutt hadde han ikke visst annen råd enn å ta «ei heilt rein ause» og hente en skvett fra bøtta (se andre avsnittet) over i det kokte syltetøyglasset.

Det hører med til historien at vårt kontor skrev siste avsnitt i føljetongen ved å sende urinen til bakteriologisk undersøkelse uten spesielle merknader. Sykehuslaboratoriets svar lød lakonisk: «Blandingsflora. Sannsynlig forurenset prøve».

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 i 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

Hvem har ikke, med glød og entusiasme, kastet seg over et problem som ikke er noe problem? Hvilken lege har ikke havnet på vidotta i forsøk på å «forbedre» naturens orden? Les bare hvordan det gikk da den lille syvsover-musa var så uheldig å bli forstyrret i sin deilige dvale i blomsterbedet av en geskjeftig, forbipasserende doktor!

Diktet er skrevet av A. A. Milne, bedre kjent som forfatteren av Ole Brum-historiene. Han ga ut to samlinger med musikalske og morsomme vers for barn, «When we were very young» og «Now we are six». Dette er hentet fra den første, som kom ut i 1924.

The Dormouse and the Doctor

There once was a Dormouse who lived in a bed
Of delphiniums (blue) and geraniums (red),
And all the day long he'd a wonderful view
Of geraniums (red) and delphiniums (blue).

A Doctor came hurrying round, and he said:
«Tut-tut, I am sorry to find you in bed.
Just say «Ninety-nine» while I look at your chest....
Don't you find that chrysanthemums answer the best?»

The Dormouse looked round at the view and replied
(When he'd said «Ninety-nine») that he'd tried and he'd tried,
And much the most answering things that he knew
Were geraniums (red) and delphiniums (blue).

The Doctor stood frowning and shaking his head,
And took up his shiny silk hat as he said:
«What the patient requires is a change,» and he went
To see some chrysanthemum people in Kent.

The Dormouse lay there, and he gazed at the view
Of geraniums (red) and delphiniums (blue),
And he knew there was nothing he wanted instead
Of delphiniums (blue) and geraniums (red).

The Doctor came back and, to show what he meant,
He had brought some chrysanthemum cuttings from Kent.
«Now these,» he remarked, give a much better view
Than geraniums (red) and delphiniums (blue).»

They took out their spades and they dug up the bed
Of delphiniums (blue) and geraniums (red),
And they planted chrysanthemums (yellow and white).
«And now,» said the Doctor, «we'll soon have you right.»

The Dormouse looked out, and he said with a sigh:
«I suppose all these people know better than I.
It was silly, perhaps, but I did like the view
Of geraniums (red) and delphiniums (blue).»

The Doctor came round and examined his chest,
And ordered him Nourishment, Tonics and Rest.
«How very effective,» he said, as he shook
The thermometer, «all these chrysanthemums look!»

The Dormouse turned over to shut out the sight
Of the endless chrysanthemums (yellow and white).
«How lovely,» he thought, «to be back in a bed
Of delphiniums (blue) and geraniums (red).»

The Doctor said «Tut! It's another attack»
And ordered him Milk and Massage-of-the-back,
And Freedom-from-worry and Drives-in-a-car,
And murmured, «How sweet your chrysanthemums are!»

The Dormouse lay there with his paws to his eyes,
And imagined himself such a pleasant surprise:
«I'll pretend the chrysanthemums turn to a bed
Of delphiniums (blue) and geraniums (red)!»

The Doctor next morning was rubbing his hands,
And saying, «There's nobody quite understands
These cases as I do! The cure has begun!
How fresh the chrysanthemums look in the sun!»

The Dormouse lay happy, his eyes were so tight
He could see no chrysanthemums, yellow or white.
And all that he felt at the back of his head
Were delphiniums (blue) and geraniums (red).

And that is the reason (Aunt Emily said)
If a Dormouse gets in a chrysanthemum bed,
You will find (so Aunt Emily says) that he lies
Fast asleep on his front with his paws to his eyes.

Vennlig hilsen Inger Noer
Grindakervn. 6, 2770 Jaren

som utfordrer Anne Hensrud i Sjøvegan

BOK *anmeldelser*

Magne Nylenna (red.):
Å DRIVE PRAKSIS – Universitetsforlaget 1991

Tom Haraldsen (red.):
HÅNDBOK – Etablering og drift av egen praksis
 1998

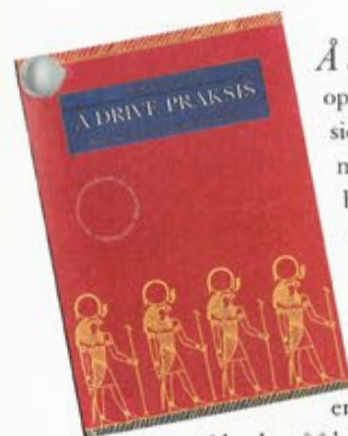
Bestilles hos: Norsk psykologforening – Telf.: 23 10 31 30

Kjell Nordby:
**KVALITETSHÅNDBOK FOR
 LEGEKONTORER I ALLMENNPRAKSIS**
 Den norsk lægeforening, 1995
 Kan bestilles på telf.: 23 10 90 00

Norsk allmennmedisins
HVEM, HVA, HVORDAN – APLF, 1998
 Fåes ved forespørsel til Den Norsk Lægeforening

Noen kan nok mene det er fantasiløst å lese oppskriftsbøker når man skal etablere og drive et legekontor, men for mange av oss kan dette så absolutt være gode hjelpemidler. Det gjelder bare å finne de rette oppskriftbøkene. Jeg vil derfor presentere de fire mest aktuelle bøkene som er på markedet idag.

Jeg velger å lage en fellesomtale av disse bøkene fordi de utfyller hverandre og således med fordel kan brukes alle fire.



Å drive praksis har mest preg av oppskriftsbok og dekker nesten alle sider av temaet. Alderen tynger noe, men bør absolutt ikke medføre at boka blir pensjonert. Den er så oversiktlig og dekker mange sider av praksisdrift vanlige leger ikke har tilstrekkelige kunnskaper om. Hva arbeidsgiveransvaret og håndtering av ansatte innbærer er glimrende omtalt. Alle småting

man må huske på å kjøpe inn til nyetablert kontor er også listet opp slik at man ved å følge den er noenlunde sikker på at man får driften av kontoret på skinner raskt og effektivt.

Internkontroll og forhold rundt dette er ikke omtalt da boka er eldre enn denne loven, endel sider vedrørende økonomi er noe foreldet selv om grunnprinsippene holder mål fremdeles.

Boka er svært oversiktlig og lettlest og inspirerer til å bruke energi på praktiske forhold i praksisen, noe mange leger trenger da det synes å råde en myte om at god kontordrift er noe som kommer rekende på ei fjøl og så går av seg selv uten at noen behøver å bruke tid og krefter på det.

HÅNDBOK – etablering og drift av praksis

er en ny bok laget i samarbeide mellom yrkesorganisasjonene til de såkalt frie yrker blant høyt utdannende: arkitekter, leger, tannleger, jurister osv. Det har ikke vært leger med i skrivingen av boka og det betyr etter mitt syn at den ikke på noen måte dekker behovet for leger som ønsker kunnskap om mer enn økonomiske sider av en legepraksis. Det er de økonomiske sider av kontordrift generelt som er hovedtema i boka, og her gir den mer og bedre informasjon enn Nylennas bok. For oss som ikke er veldig engasjert i skatteproblematikk og beslektede temaer er boka tung å lese, jeg fikk mange «aha-opplevelser» ved annengangs gjennomlesing og sitter med følelsen av at det er mye jeg enda ikke har fattet (nå altså på dette fagområdet også...). Konklusjonen for meg ble da at en regnskapsfører er gull verdt, selv om boka ikke legger opp til det. Boka omtaler ulike driftsformer (AS, ANS OG DA) på en svært grei måte og konkuderer med at fordelene med å drive som AS er marginale. ANS (ansvarlig selskap) og selskap med delt ansvar (DA) blir anbefalt for vanlige legekontorer.



Den omtaler overhodet ikke arbeidsgiverrollen og de forpliktelser det medfører, og spesielle forhold vedrørende legekontorer er heller ikke berørt. Boka kan anbefales som et tillegg til Nylennas bok, og med begge bøkene nærmer man seg en oversikt over hvordan man skal ha en ryddig drift av eget legekontor.

Kvalitetshåndbok for legekontorer i allmenn-

praksis er et resultat av kvalitetssikringbølgen som red landet på nittitallet. Den har som utgangspunkt metodebok for et legesenter i Molde og bærer preg av at forfatteren har lang erfaring fra et svært oppegående legesenter samt evne til å reflektere over vaner og uvaner man har lagt seg til gjennom årene. Den gir ingen kortfattet oppskrift på internkontrollper-



Fortsettes neste side ➡



Medarbeiderprosjektet i allmennpraksis

Av:
Tove Rutle
Olav Rutle †
Kari Svarttjernet

Denne rapporten er laget etter en spørreundersøkelse i 1995 blant 1560 medarbeidere på norske legekontorer. Hensikten har vært å finne ut mer om deres arbeidssituasjon, et felt det tidligere knapt har vært fokusert på. Det meste har dreid seg om legenes og pasientenes rolle, mens medarbeiderne er en glemt (og gjemt) gruppe.

Man fant at 89% av medarbeiderne hadde helsefaglig utdanning, 60% er legesekretærer og knapt 10% sykepleiere, de andre er bioingeniører, hjelpepleiere eller har annen bak-

grunn. Det er i hovedsak godt voksne kvinner i dette yrket. (Se tabell 1)

Hele 80% av medarbeiderne angir at de roterer i arbeidet, det vil si at de både utfører arbeide i skranken, på laboratoriet og på skiftestua. Av merkantile oppgaver har ca 30% ansvar for regnskap og budgett, mens over 70% foretar innkjøp for legekontoret. Mange kunne tenkt seg utvidete arbeidsoppgaver, spesielt egne konsultasjoner og arbeide med pasientgrupper. Lederfunksjonen er det derimot hele 55% som ikke ønsker å ha. Mange opplever stor grad av frihet til å bestemme sine arbeidsmetoder og er svært fornøyd med ansvarsmengden og variasjonen i arbeidsoppgaver. Hele 88% svarte at de var svært eller ganske tilfreds med jobben sin. Som negative enkeltfaktorer ved arbeidet dominerer lav lønn og uakseptabelt høyt arbeidspress.

Fortsatt fra forrige side

men, men omtaler lovens intensjon på en herlig lettlest, humoristisk og fyldestgjørende måte. Siden hensikten med internkontroll nettopp er å ha oversikt og kontroll ved sin egen praksis vil man i denne boka få mange gode tips og boka fyller på den måten igjen hullene de to andre bøkene etterlater.

HVEM, HVA, HVORDAN har først og fremst som siktemål å presentere faget allmennmedisin for nyutdannede kolleger som vil «lukte» på det, men har også mange gode konkrete tips når kontoret skal utformes. De innleder med en god ideologisk innføring og fortsetter med en kort innføring i hvordan man kan organisere sin egen praksis, både på det praktiske og organisatoriske plan. Her fokuseres det også på at det er legen selv som må passe på at egen

arbeidsdag er organisert slik at man holder ut i praksisen over år. Å avgrense ansvarsområdet og arbeidsmengden

er en kunst mange leger ikke behersker. I dette heftet blir dette temaet belyst godt og kan være til støtte for dem som føler dette temaet som vanskelig og truende.

Naturlig nok har ingen av bøkene omtalt drift av praksis i fastlegeordningen. Dersom den blir innført, vil jeg anbefale leserne å lese dagsaktuelt stoff, vårens nummere av Utposten bør da stå høyt på prioriteringslista!. Dermed skulle det være mulig å takle overgangen uten for mye besvær, selv for de mindre entusiastiske av oss.

Man kan ikke bruke all verdens tid til å lese om drift av praksis, det gjelder å spare energien til å omsette teori til praksis! Med disse fire bøkene tror jeg det teoretiske grunnlaget er dekket, og når de obligatoriske understrekninger og utropstegn i marginen er på plass er tiden inne til å skride til verket: Muligheten for at et av Norges mest veldrevne legekontorer skal bli ditt er ikke lenger en umulighet!

Jannike Reymert.





90% opplever arbeidet som stressende, og for de fleste er telefonen den største stressfaktoren i arbeidet. Bare 6% føler seg utbrent, noe som vel rimer med at de som svarte ved denne spørreundersøkelsen, hadde jobbet 9 år i gjennomsnitt ved samme legekontor.

I spørreundersøkelsen kommer det frem at gjennomsnittlig sykefravær er 3%. Det er ikke overraskende plager fra nakke/skuldre som dominerer, hele 50% av de som svarte plages av dette. Tallet er sammenfallende med det man fant hos kvinner mellom 25 og 55 år ved en befolkningsundersøkelse i Oslo i 1991.

Den siste delen av undersøkelsen er viet informasjon og kommunikasjon. Halvparten mener de ikke får den informasjon som er nødvendig for å være faglig oppdatert i sitt daglige arbeide. Foruten kursvirksomhet, betyr tilbakemelding fra kollega og pasienter samt fagmøter på kontoret mye.

86% av dem som svarte har personalmøter på sitt kontor, mens bare 26% har tilbud om medarbeidersamtaler på arbeidsstedet. Mange mener det er lite kommunikasjon mellom lege og medarbeider, og at de får dår-

lige tilbakemeldinger på faglige og personlige kvalifikasjoner.

Medarbeidernes arbeidsvilkår oppleves svært likt blant dem som svarte på spørreundersøkelsen. Det kan tolkes dithen at arbeidsvilkårene stort sett er like på norske legekontorer enten de er private eller kommunale. Ut fra funnene kommer forfatterne med anbefalinger som vist i tabell 2.

Denne undersøkelsen gir svært nyttig informasjon om en viktig hjørnestein på allmennlegekontorene. Den bør leses av både leger og medarbeidere, og kan med fordel være utgangspunkt for drøftelser både på personalmøter og i medarbeidersamtaler. Vi leger har nok altfor lett for å tro at alt på kontoret dreier seg om oss og vår funksjon, men etter å ha lest denne rapporten har jeg fått ny giv på å fokusere på kontorets ansikt utad, mine gode medarbeidere som nok i langt større grad enn jeg har tenkt over bidrar til at legekontoret fungerer så godt som det gjør. Jeg blir litt ydmyk og flau når jeg leser rapporten, her drøftes ting på kontoret som har forbedringspotensiale! Med denne rapporten har vi fått et godt hjelpemiddel til å vri fokuset mer i retning av medarbeidere og vi får dermed håpe at rapporten bidrar til et enda triveligere legekontor!

Jannike Reymert

Anbefalninger og forslag til praktiske tiltak

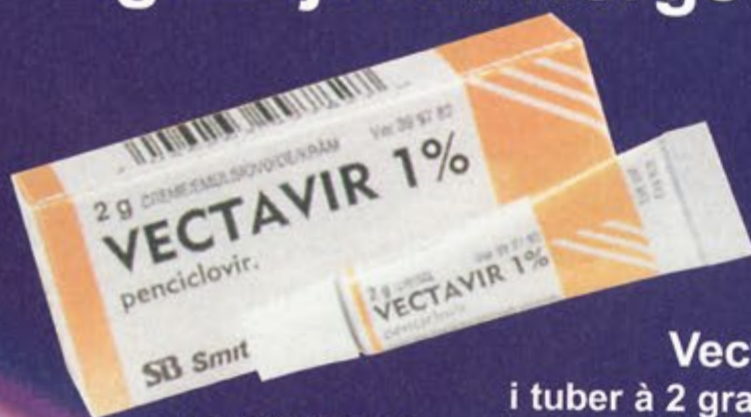
1. Redusere opplevelsen av stress og hindre muskel-/skjellettplager
 - diskutere medarbeiderrollen i sin helhet
 - se nærmere på stressfaktorer og hvordan disse kan reduseres
 - se på muligheten for utvidede arbeidsoppgaver
2. Bedre kommunikasjon funksjonen mellom lege og medarbeider
 - medarbeidersamtale
 - personalmøter – fagmøter – delta på samme kurs
 - gi hverandre tilbakemeldinger
 - bli bedre kjent med hverandre også på det personlig plan
3. Faglig utvikling
 - se på mulighetene for utvidede oppgaver
 - etter-/videreutdanning
 - legekontoret som en arena for videreutdanning

Nyhet

Vectavir[®]

(penciklovir)

**Første effektive lokalbehandling
mot Herpes labialis (forkjølelsessår)
godkjent i Norge**



Vectavir krem
i tuber à 2 gram og 5 gram
Ved forkjølelsessår: Start raskt med Vectavir

VECTAVIR

Smør kremen på annen hver time i løpet av dagen i 4 dager.
Behandlingen bør startes så raskt som mulig etter det første tegn på infeksjon.

Start dagen med å smøre på om morgenen, og smør på siste gang når du legger deg om kvelden.
Behandling i løpet av natten er ikke nødvendig.

Preparatet har vist seg å ha effekt selv hos pasienter som begynner
behandlingen etter at det er dannet blærer.

- ha alltid Vectavir liggende
- start ved første tegn

VECTAVIR

Antiviralt middel ATC-nr.: D06B B06

KREM 1%: 1 g inneh.: Penciklovir 10 mg, hvit vaselin, flytende parafin, cetostearylalkohol, propylenglykol, cetomakrogol 1000 og rensset vann.

Egenskaper: *Klassifisering/Virkningsmekanisme:*

Aktiveres i virusinfiserte celler ved rask fosforilysering til trifosfat ved tilstedeværelse av virusindusert tyimidinkinase. Trifosfatet kan påvises i infiserte celler 12 timer etter administrering og hemmer replikasjon av virus-DNA. I ikke-infiserte celler som utsettes for penciklovir er konsentrasjonen av trifosfat ubetydelig. Ved terapeutiske konsentrasjoner av penciklovir vil slike celler derfor etter all sannsynlighet ikke påvirkes. Aktivitet mot herpes simplex virus (HSV) 1 og 2, varicella zoster virus og Epstein-Barr virus. Noe aktivitet mot cytomegalovirus er påvist. HSV-arter med tyimidinkinase-mangel vil trolig være kryssresistente mot både penciklovir og acyklovir. Det er vist at penciklovir er aktivt mot en acyklovir-resistent art med en endret DNA-polymerase.

Indikasjoner: Behandling av Herpes labialis hos pasienter med normalt immunforsvar.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet mot penciklovir eller andre innholdsstoffer.

Bivirkninger: *Hyppige (>1/100):* Hud: Forbigående svie, stikkende følelse eller følelsesløshet på påføringsstedet.

Forsiktighetsregler: Kremen skal kun brukes på sår på lepper og i ansikt. Skal ikke påføres slimhinner. Unngå spesielt påføring i eller i nærheten av øynene. Kremen bør ikke gis til sterkt immunsupprimerte individer som AIDS-pasienter og transplanterte pasienter ettersom økt risiko for resistensutvikling ikke kan utelukkes hos disse pasientene. Erfaring ved behandling av personer yngre enn 18 år savnes.

Graviditet/Amning: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Det er liten sannsynlighet for bivirkninger når kremen benyttes av gravide og/eller ammende kvinner idet systemisk absorpsjon av penciklovir etter lokal applikasjon har vist seg å være minimal. Pga. manglende erfaring anbefales likevel ikke preparatet gitt til gravide eller ammende, med mindre fordeler for moren oppveier potensiell risiko for fosteret.

Dosering: *Voksne inkludert ungdom 16 år eller eldre:* Påføres med 2-timers intervall i løpet av den våkne tid av døgnet. Behandlingen skal fortsette i 4 dager. Behandlingen skal påbegynnes så snart som mulig etter at symptomene oppstår. Det har vist seg at selv hos pasienter som har begynt behandlingen senere i sykdomsforløpet (dvs etter at papula eller vesicula er utviklet) vil penciklovir aksellerere tilheling, redusere smerter forbundet med sår og forkorter varigheten av virusutskillelse.

Oppbevaring og holdbarhet:

Oppbevares ved værelsestemperatur <30°C. Må ikke fryses.

Pakninger og priser: 2 g kr 88,50, 5 g kr 167,50.

SB SmithKline Beecham



Universitetet i Tromsø
Det Medisinske Fakultet
Institutt for samfunnsmedisin

Kandidatstudiet i folkehelsevitenskap

Studiestart høsten 2000

Folkehelsestudiet er et flerfaglig studium som kvalifiserer for ledende stillinger i helsevesenet. Studiet har et omfang på 20 vekttall. Opptakskrav er cand.mag. Det er en fordel om søkerne har helsefaglig bakgrunn. Fullført studium gir rett til den engelske tittelen 'Master of Public Health'.

Studieplanen er revidert for å kunne tilby et mer fleksibelt studium til de som ikke har anledning til å være heltidsstudenter i et helt år, men som ønsker å ta studiet over to til tre år. Undervisningen foregår i konsentrerte bolker av cirka fem ukers varighet. Hver bolke avsluttes med en hjemmeeksamen. Studiet åpner med statistikk og epidemiologi. Deretter kan studentene i høstsemesteret velge spesialisering innenfor forebygging og miljømedisin eller innenfor organisasjon og helseøkonomi. I vårsemesteret er det et kurs i medisinsk beslutningsteori. For øvrig består dette semesteret i å skrive kandidatoppgave under kyndig veiledning fra lærere.

I likhet med andre universitetsstudier er det gratis, og kvalifiserer for lån og stipend fra Statens Lånekasse.

Søknadsfrist er 1.april

Har du spørsmål, se
<http://www.ism.uit.no/fh.html>
eller ta kontakt med Institutt for Samfunnsmedisin på telefon 77 64 48 16



Ref. Fulton B. et. al. Doxazosin. An Update of its Clinical Pharmacology and Therapeutic Applications in Hypertension and Benign Prostatic Hyperplasia, Drugs, February 1995, Vol. 49, No.2 (pp. 295-320)

CARDURAN CR

"Pfizer"

ATC-nr.: C02C A04

Selektiv α_1 -blokker

DEPOTTABLETTER 4 mg og 8 mg: Hver tablett inneh.: Doxazosin, mesilas, æq. doxazosin. 4 mg og 8 mg. Hjelpstoffer: Fargestoffer: Jernoksid (E172), titandioksid (E171).

EGENSKAPER: Klassifisering: Selektiv α_1 -blokker. Senker perifer karmotstand samt relaksere glatt muskulatur i prostata som medfører forbedret urinpassasje.

Virkningsmekanisme: Selektiv og kompetitiv postsynaptisk α_1 -reseptorblokade. Senker blodtrykket som følge av reduksjon i total perifer karmotstand. En dose daglig gir klinisk adekvat blodtrycksreduksjon i 24 timer. Etter innstilt vedlikeholdsdose er det liten forskjell i blodtrykket i liggende og stående stilling. Toleranseutvikling er ikke sett. Kan gis alene eller i kombinasjon med tiazid, betablokker, kalsium-antagonist eller ACE-hemmer. Bedrer benign prostatahyperplasi symptomatisk ved selektiv α_1 -adrenoceptor blokade i glatt muskulatur i stroma, kapsel og blærehals. Blodtrykkssenderinger hos normotensive pasienter er kliniskinsignifikante. Effektstudier indikerer at pasienter som har vært kontrollert på 1 mg, 2 mg eller 4 mg konvensjonelle Carduran tabletter kontrolleres like godt med 4 mg Carduran CR depottablett. **Absorpsjon:** Depottabletten gir en jevnere plasmaprofil enn konvensjonell tablett. Maksimal serumkonsentrasjon nås etter ca. 8-9 timer, og er ca 1/3 av nivået til konvensjonell tablett i samme dose. Etter 24 timer er troughnivå tilnærmet de samme for begge formuleringene. **Proteinbinding:** Ca. 98%. **Halveringstid:** Bifasisk med terminal halveringstid på 22 timer. **Metabolisme:** Mindre enn 5% skilles ut i uforandret form.

INDIKASJONER: Hypertensjon. Symptomatisk behandling av benign prostatahyperplasi.

KONTRAINDIKASJONER: Kjent overfølsomhet overfor quinazoliner. Nylig gjennomgått hjerteinfarkt. Forholdsregler hos pasienter som allerede bruker doxazosin, og som får hjerteinfarkt, må vurderes individuelt. Tidligere gastrointestinal forstoppelse, øsofagusobstruksjon eller enhver grad av redusert lumendiameter i gastrointestinaltraktus.

BIVIRKNINGER: I kontrollerte kliniske studier er de vanligst observerte bivirkningene av postural type (sjelden med synkope) eller uspesifikke, og inkluderer svimmelhet, hodepine, slapphet, uvelhet, postural svimmelhet, vertigo, ødem, asteni, somnolens, gastrointestinale plager (abdominal smerte, diaré, kvalme, oppkast) og rhinitt. Ved bruk etter markedsføring av konvensjonelle tabletter har i tillegg følgende bivirkninger blitt rapportert: Sjeldne tilfeller av agitasjon og skjelvinger. Svært sjeldne tilfeller av urininkontinens er rapportert, effekten kan være relatert til doxazosins farmakologiske virkningsmåte. Isolerte tilfeller av priapisme og impotens er rapportert i sammenheng med α_1 -blokkere, inkludert doxazosin. Isolerte tilfeller av allergiske legemiddelreaksjoner (som hudutslett, pruritus, purpura, gulsot og forhøyede levertransaminaser) og epistaxis er også rapportert. I tillegg er følgende hendelser rapportert: klinisk bruk men disse kan generelt ikke skjelnes fra underliggende sykdom eller symptomer som kan oppstå ved fravær av doxazosin-behandling: Takykardi, palpasjon, brystmerter, angina pectoris, hjerteinfarkt, cerebrovaskulære hendelser, hjerterytmier og tåkesyn. I hypertensjonsstudiene var bivirkningsprofilen for depottabletten tilsvarende den for konvensjonell tablett. I BPH-studiene var det totale antall bivirkninger for depottabletten tilsvarende placebo og signifikant lavere enn standard tabletter, bivirkninger rapportert etter første dose var tilsvarende for 4 mg depottablett som 1 mg standard tablett.

FORSIKTIGHETSREGLER: Pasientinformasjon: Pasienten må informeres om at depottabletten må svelges hel. I depottabletten er doxazosin omgitt av et ikke-absorberbart skall som sakte frigjør legemidlet. Når denne prosessen er ferdig, utskilles det tomme skallet, og pasienten bør opplyses om at dette kan sees i feces. Pasienter med angina pectoris bør på forhånd bruke midler som gir effektiv profylakse mot angina-anfall før de får doxazosin. Ved overgang fra betablokker til doxazosin hos pasienter som har angina pectoris, må vanlige forsiktighetsregler ved seponering av betablokker iaktas, og doxazosin først initieres etter at pasienten er blitt hemodynamisk stabil. Pasienter med symptomatisk hjertesvikt bør primært ha behandling rettet mot hjertesvikt før doxazosin initieres. Pasienter med behandlet hjertesvikt bør kontrolleres nøye i startfasen, med henblikk på eventuell forverrelse. Som for alle legemidler som metaboliseres fullstendig av lever skal doxazosin administreres med forsiktighet til pasienter med nedsatt leverfunksjon. Ingen erfaring foreligger om bruk av doxazosin hos barn. Evnen til å betjene maskiner, motorkjøretøy o.l. kan påvirkes, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Symptomatisk behandling av benign prostatahyperplasi bør institueres i samarbeid med spesialist i urologi. Før behandling iverksettes, og regelmessig under behandlingen, skal pasienten undersøkes nøye med digital rektal eksaminasjon, registrering av symptomer og målinger av prostataspesifikt antigen (PSA) for om mulig å avdekke prostatacancer.

GRAVIDITET/AMMING: Sikkerhet ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Forsøk hos dyr har ikke vist tegn på teratogen effekt, men indikerer akkumulering i brystmelk. Dyreforsøk med doser 300 ganger høyere enn øverste terapeutiske dosering har vist redusert føtal overlevelse. Doxazosin skal bare brukes når behandlingsbehovet er avveiet mot mulig risiko. Preparatet bør ikke brukes under amming.

INTERAKSJONER: Doxazosin kan forsterke blodtrykkssenkning som skyldes andre midler med virkning på blodtrykket. Blodtrykkssenkning av doxazosin kan motvirkes av antiflogistika.

DOSERING: Depottabletten må svelges hele og skal ikke tygges, deles eller knuses. Tas med vann, og kan tas med eller uten mat.

Vanligste dose er 4 mg en gang daglig. Ved behov kan dosen økes til 8 mg en gang daglig. Maksimal anbefalt dose er 8 mg en gang daglig. Vanlig dosering av doxazosin kan benyttes hos eldre samt pasienter med nedsatt nyrefunksjon. Ved nedsatt leverfunksjon, se forsiktighetsregler.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Inntre hypotensjon, legges pasienten straks flatt med hodet ned. Annen behandling gis individuelt etter behov. Dialyse er ikke indisert på grunn av doxazosins høye proteinbinding.

OPPBEVARING OG HOLDBARHET: Oppbevares beskyttet mot fuktighet.

PAKNINGER OG PRISER:	4 mg:	Enpac:	28 stk.:	kr 228.20
			98 stk.:	kr 714.00
	8 mg:	Endos:	50 stk.:	kr 382.70
			98 stk.:	kr 1089.50
		Endos:	50 stk.:	kr 577.50

Basert på preparat omtale (SPC) godkjent av SLK 2.7.98

T:12

Refusjon § 5-22 ved benign prostatahyperplasi

CARDURAN CR™
DOXAZOSIN

Strandveien 55, N-1366 Lysaker
Tlf.: 67 52 61 00 Fax: 67 52 61 99
www.pfizer.no

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

C Calcigran Forte «Nycomed Pharma»

ATCnr.: A12A A04

TYGGETABLETTER: Hver tablett inneholder: Kalsiumkarbonat 1,25 g, tilsv. 500 mg kalsium, kolekalsiferol (vitamin D₃) 10 mikrog tilsvarende vitamin D 400 IE, sakkarose 1,5 mg, sorbitol 390 mg, aspartam, sitronaroma.

Egenskaper: Klassifisering: Mineralpreparat med D-vitamin. Virkningsmekanisme: Kontinuerlig kalsiumtilførsel er nødvendig for myddannelse av ben og vil antagelig undertrykke produksjon av parathyroidhormon og derved redusere bennedbrytning. Vitamin D er viktig for absorpsjonen av kalsium fra tynntarmen. Forhøyede kalsiumkonsentrasjoner er funnet å redusere karpermeabiliteten og gjennom dette hemme oksidative, inflammatoriske og allergiske prosesser.

Absorpsjon: Ca. 20% av tilført kalsium fra Calcigran absorberes. Det er nødvendig med D-vitamin for absorpsjon fra tarmen. Vitamin D₃ absorberes vanligvis raskt og fullstendig.

Proteinbinding: 40% er bundet til plasmaproteiner, 10% til anioner. Vitamin D er bundet til et spesifikt protein i blod. **Fordeling/Distribusjon:** Distribueres til alle vev. Kalsium lagres i skjelettet, hovedsakelig som hydroksoapatitt. D-vitamin lagres i fettvev. Kalsiumkonsentrasjonen i blod er 2,5 mM.

Halveringstid: Vitamin D₃ i plasma: 19-25 timer. Metabolisme: Vitamin D₃ metaboliseres i lever og nyre til den aktive metabolitt 1,25 dihydroxyvitamin D₃. **Eliminasjon:** Vitamin D₃ utskilles hovedsakelig via galle, mindre via nyrene. Overskudd av kalsium utskilles via nyrene.

Indikasjoner: Behandling av kombinert vitamin D- og kalsiummangel særlig hos eldre. Tilleggsbehandling ved osteoporose når det er konstatert mangel eller høy risiko for kombinert vitamin D- og kalsiummangel.

Kontraindikasjoner: Skal ikke brukes ved høyt kalsiuminnhold i blod eller i urin, ved nyresten eller sterkt nedsatt nyrefunksjon. Langvarig immobilisering. Calcigran Forte inneholder aspartam som omsettes i kroppen til fenylalanin og skal ikke brukes av personer med fenylketonuri.

Bivirkninger: Risiko for hyperkalsemi ved nedsatt nyrefunksjon. Kan i sjeldne tilfeller gi forstyrrelser i fordøyelsessystemet som oppblåsthet, obstipasjon og diaré.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet ved nedsatt nyrefunksjon og hos pasienter som har hatt nyresten. Det anbefales økt væskeinntak hos pasienter med tendens til stendannelse. Vitamin D i høye doser bør unngås dersom det ikke er spesielt indisert. Normaldosering skal ikke brukes ved graviditet (se Graviditet og amming).

Graviditet og amming: Graviditet: Det daglige inntak av Vitamin D ved graviditet må ikke overstige 600 IE. En reduksjon av den anbefalte dosen er derfor nødvendig. Amming: Kalsium og vitamin D går over i morsmelk.

Interaksjoner: Bør ikke gis før 3 timer etter peroral tilførsel av tetracyklin (nedsetter absorpsjonen). Hyperkalsemi øker hjertets følsomhet for digitalis. Kombineres kalsium med fluorid, tas disse på forskjellig tidspunkt, siden kalsiumfluorid er tungt løselig.

Dosering: Individuell, tilpasses den enkelte pasient. Normaldosering: 1 tyggetablett morgen og kveld. Kan tygges eller svelges hel med et glass vann.

Overdosering/Forgiftning: Overdosering fører til hyperkalsemi, særlig ved økt tilførsel av Vitamin D og hos pasienter med hypothyreose. Store doser kalsium sammen med alkali har gitt en hyperkalsemi form kalt «milk/alkali»-syndrom. Behandling innebærer seponering av vitamin D og kalsium (lavt kalsium i dietten), tilførsel av rikelig væske, fiazider og glukokortikoider.

Pakninger og priser: 100 stk. kr 174,30.

Nycomed Pharma AS PB 4220 Thorshov, 0401 Oslo. Telefon 23 18 50 50, Telefax 23 18 50 34

**NYTT
BEHANDLINGS-
PRINSIPP!**



NOVONORM

(repaglinide / Novo Nordisk)

-måltidstabletten ved type 2 diabetes



Fysiologisk behandling fra Novo Nordisk^(1,2,3)

- Tillater et fleksibelt levesett⁽⁴⁾
- Minimal risiko for utvikling av alvorlig hypoglykemi⁽⁵⁾
- Kan brukes ved nedsatt nyrefunksjon

TABLETTER: Hver tablett inneholder: Repaglinid 0,5 mg, resp. 1 mg og 2 mg. Fargestoff: 1 mg: Gult jernoksid (E 172); 2 mg: Rødt jernoksid (E 172). **Egenskaper:** Klassifisering: Karbamoylmetylbenzoylrederivat. Korttidsvirkende antidiabetikum. Virkingsmekanisme: Senker blodglukosenivået raskt ved å stimulere sekresjon av insulin fra pankreas. Løslig i ATP-avhengige kaliumkanaler i betacellens membran, slik at denne depolariseres. Den medfølgende økning av kalsiuminnstrømming stimulerer insulinsekresjonen. Doser fra 0,5 til 4 mg, viser en doseavhengig blodglukoseeffekt hos type 2-diabetikere. Den insulinotrope måltidsresponsen inntrer etter 30 minutter etter administrering. **Absorpsjon:** Raskt fra mave-tarmkanalen. Absolutt biovitingsgrad er ca. 63 %. Høy interindividuell variasjon i plasmakonsentrasjonen (50-500 %). Intra-individuell variasjon er lav til moderat (25-50 %). Maks. plasmakonsentrasjon nås innen 1 time etter inntak. AUC av repaglinid er økt hos pasienter med lever- eller nyreinsuffisiens og hos eldre type 2-diabetikere. **Proteinbinding:** >98 %. **Fordeling:** Tilgjengelige distribusjonsvolum er 30 liter (tilsvarende fordeling i intracellulær væske). **Halveringstid:** Ca. 1 time. **Metabolisme:** Metaboliseres i leveren. Utskillelse: Repaglinid og dets metabolitter utskilles primært via galle. Mindre enn 8 % via urinen, fortrinnsvis som metabitter. Mindre enn 1 % utskilles i fæces. **Indikasjoner:** Diabetes mellitus type 2 der man ikke oppnår tilstrekkelig metabolsk kontroll ved kostregulering, fysisk aktivitet eller vekstbehandling alene. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for repaglinid eller noen av hjelpestoffene i preparatet. Type 1 diabetes (C-peptid negativ). Diabetisk ketoacidose, med eller uten koma. Graviditet og amning. Barn < 12 år. Alvorlig nyre- eller leverdysfunksjon. Samtidig administrering av legemidler som inhiberer eller inducerer CYP 3A4. **Bivirkninger:** **Ekskludere:** Hypoglykemi. **Gastrointestinale:** Magesmerter, diaré, kvalme, oppkast og forstoppelse. **Ud:** Hypersensitivitetsreaksjoner på huden i form av kløe, utslett og urticaria. **Lever:** Leverenzymstigning er rapportert, de fleste tilfeller er milde og forbigående. **Syn:** Forbigående synsforstyrrelser er rapportert i begynnelsen av behandlingen. **Forbigående:** Repaglinid kan forårsake hypoglykemi. Den blodglukoseeffekten blir redusert hos pasienter over tid (sjeldne behandlingsvirkninger). Kombinasjonsbehandling med insulin eller andre betacellstimulerende antidiabetika, thiazolidendioner og glukokortikoider er ikke klinisk undersøkt. Kombinasjonsbehandling med metformin er forbundet med en økt risiko for hypoglykemi. Når en pasient som er stabilisert på peroral antidiabetika utsettes for stress i form av feber, trauma, infeksjon eller kirurgiske inngrep, kan blodglukosekontrollen svekkes. I slike situasjoner kan det være nødvendig å seponere preparatet og i en periode behandle med insulin. Når repaglinid brukes sammen med legemidler som hovedsakelig utskilles via galle, bør eventuell interaksjon overvåkes. Det er ikke utført kliniske studier hos pasienter med redusert leverfunksjon eller av barn og unge < 18 år eller pasienter > 75 år. Behandling av disse pasientgruppene anbefales derfor ikke. **Graviditet/Amning:** Se Kontraindikasjoner. **Interaksjoner:** Følgende stoffer kan forsterke den hypoglykemiske effekten av repaglinid: MAO-hemmere, ikke-selektive betablokkere, ACE-hemmere, NSAID-preparater, akuttid, salicylater, alkohol og anabole steroider. Følgende stoffer kan redusere den hypoglykemiske effekten av repaglinid: Peroral antikonseptiva, tiarider, kortikosteroider, diuretika, thyroideahormer og trykkløsende midler. Pasienter som tar repaglinid sammen med ovennevnte stoffer, bør observeres nøye med tanke på endringer i blodglukosekontrollen. Pasienter som tar repaglinid og som slutter å ta ovennevnte stoffer, bør observeres nøye med tanke på endringer i blodglukosekontrollen. Betablokkere kan maskere symptomer på hypoglykemi. Alkohol kan forsterke og forlenge den hypoglykemiske effekten av repaglinid. Siden in vitro studier har vist at repaglinid primært metaboliseres av CYP 3A4 kan det forventes at CYP 3A4-inhibitorer som ketokonazol, itraconazol, flukonazol, erytromycin og midifallid øker plasmakonsentrasjonen av repaglinid. Studier som inducerer CYP 3A4 som rifampicin eller fenitoin kan senke plasmakonsentrasjonen av repaglinid. **Doserings:** Repaglinid tas rett før hovedmåltidet (preprandial) og tilpasses individuelt for å optimalisere den glykemiske kontroll. Kostbehandling med repaglinid kan være tilstrekkelig i perioder med dårlig kontroll hos pasienter som normalt reguleres tilfredsstillende med diett.

Startdose: Individuell. Anbefalt startdose 0,5 mg, tatt rett før hovedmåltidet. Avhengig av blodglukoserespons, bør det gå 1-2 uker mellom hver titrering av dosen. Dersom pasienten smettes fra et annet peroral antidiabetikum, er anbefalt startdose 1 mg. **Følelsesendringer:** Anbefalt maks. enkelt dose er 4 mg, tatt rett før hovedmåltidet. Maks. døgndose er 16 mg. **Spesielle pasientgrupper:** Hos svekkede eller frilærte pasienter bør start- og vedlikeholdsdosen være konservativ og det kreves en forsiktig opptrapping av dosen for å unngå hypoglykemiske reaksjoner. Ved redusert nyrefunksjon anbefales titrering av dose pasientenes dose da følsomheten for insulin er økt. **Omstilling fra andre perorale antidiabetika:** Pasientene kan omstilles direkte fra andre perorale antidiabetika til repaglinid. Anbefalt maks. startdose er 1 mg, tatt rett før hovedmåltidet. Repaglinid kan gis i kombinasjon med metformin, alle tilfredsstillende blodglukosekontroll ikke oppnås ved bruk av metformin alene. I slike tilfeller skal dosen av metformin opprettholdes samtidig med administrering av repaglinid. Startdose av repaglinid er 0,5 mg, tatt rett før hvert hovedmåltid. Titrering utføres i forhold til blodglukoserespons som for monoterapi. **Overdosering/Vergiftning:** Tegn på overdosering er hypoglykemi. Symptomer: Svimmelhet, økt svette, tremor, hodepine. Behandling: Raskt absorberbare karbohydrater gis peroralt. Alvorlige hypoglykemi med kramper, bevisstløshet eller koma skal behandles med intravenøs glukose. **Pakninger og priser:** 0,5 mg: 100 stk. kr. 366,30. 1 mg: 30 stk. kr. 100,70. 2 mg: 120 stk. kr. 314,00. **1,6 mg:** 100 stk. kr. 360,00. 2 mg: 120 stk. kr. 425,20. **2,0 mg:** 100 stk. kr. 491,40. 2 mg: 120 stk. kr. 582,30.

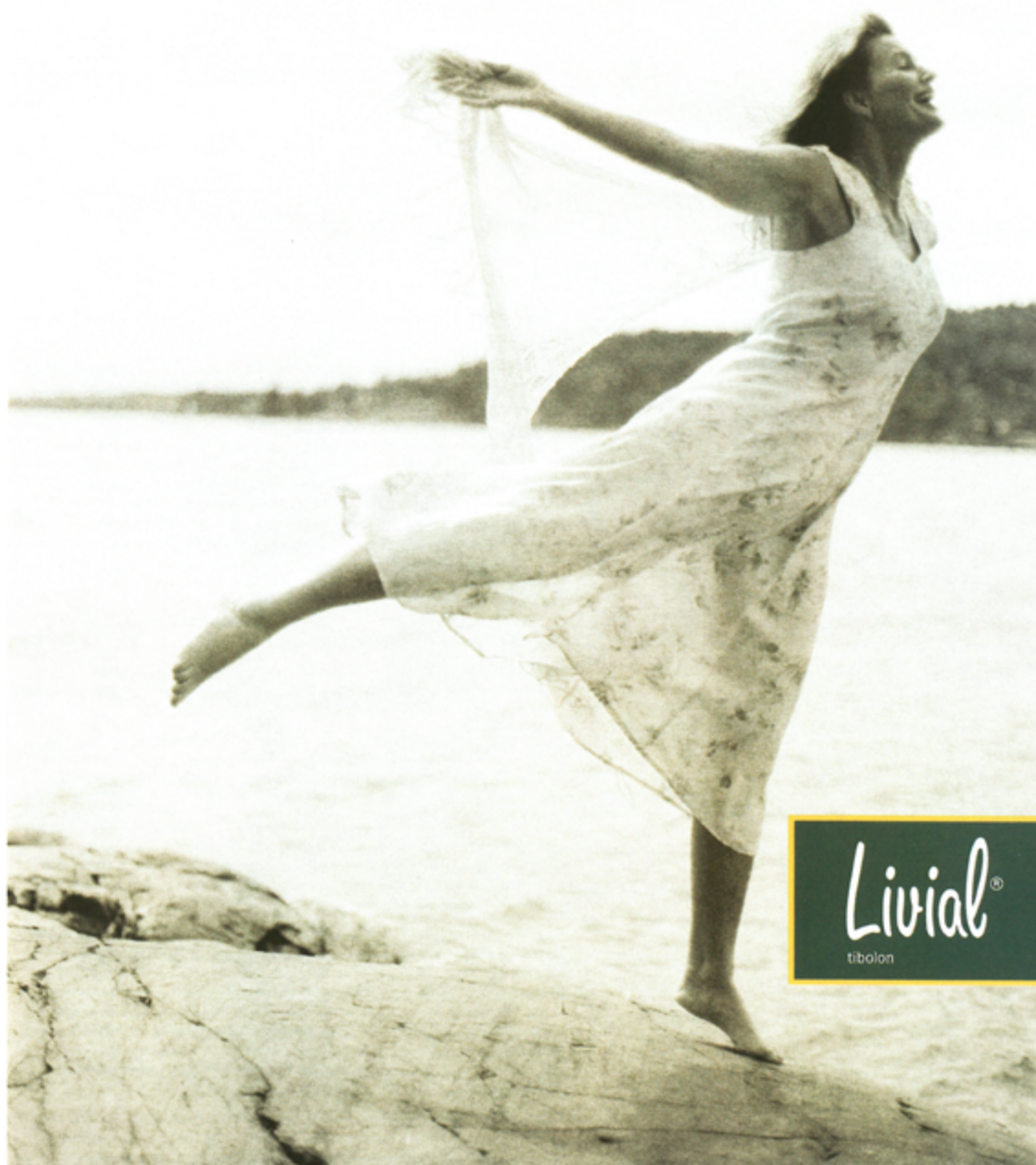
Referanseliste:

- Goldberg RB, Brodows RG. A randomised placebo-controlled trial of repaglinide in the treatment of type 2 diabetes. Diabetes 1998; 47 (suppl 1): Abstract 0383.2. Hatorp V, Bayer T. Repaglinide bioavailability in the fed or fasting state. J Clin Pharm 1997; (Sep): abstract 072.3. Van Gaal LF, Van Acker KL, Dambo P et al. Metabolic effects of repaglinide, a new oral hypoglycaemic agent in therapy-naïve Type 2 diabetics. Diabetologia 1995; (suppl 1): A43.4. Owens D. Repaglinide - Prandial Glucose Regulator: A New Class of Oral Antidiabetic Drugs. Diabetic Medicine, 1998; 15 (Suppl 4): s28-36.
- Tronier B, Marbury TC, Dambo P et al. A new oral hypoglycaemic agent, repaglinide, minimises risk of hypoglycaemia in well-controlled NIDDM patients. Diabetologia 1995; 38 (suppl 1):

Novo Nordisk Pharma AS
Postboks 24
N- 1309 Rud
Tel. 67 17 85 00 Fax. 67 13 09 11



Novo Nordisk



Økt livskvalitet når hun endelig har tid til seg selv^(1,2)

Postmenopausale kvinner burde ha muligheten til å leve sitt liv uten de plager som skyldes mangel på kjønnshormoner og med færrest mulig bivirkninger fra det behandlingsalternativ som de velger.

Livial® er vevsspesifikk behandling av postmenopausale kvinner

Livial® har god effekt på klimakterielle plager og urogenital slimhinneatrofi ⁽³⁾

Livial® gir mindre blødninger – hele 90% har amenore etter 3 måneder ⁽²⁾

Livial® gir mindre mastalgi og ingen økt mammografisk tetthet ^(3,4)

Livial® har gunstig effekt på humør og libido

Livial® øker beintetthet i samme grad som østrogen ⁽⁵⁾

*Se forevrig preparatomtale og referanser.
Kontakt gjerne Organon for brosjyre og/eller presentasjon.*



C Livial® "Organon"

Syntetisk steroid med vevsspesifikk effekt.

ATC-nr G03D C05

TABLETTER: Hver tablett inneholder: Tibolon 2,5 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer.

Egenskaper: Klassifisering: Syntetisk steroid med østrogen, gestagen og androgen effekt. Virkningsmekanisme: Omdannes raskt etter peroral administrasjon til tre aktive metabolitter som binder seg vevsspesifikt til østrogen, gestagen og androgenreseptorer. 3a-OH-tibolon og 3b-OH-tibolon utøver hovedsakelig østrogene effekter, modersubstansen og D4 – isomeren hovedsakelig progestogene og androgene effekter. Tibolon har østrogen effekt på vagina, benmasse og temperaturregulerende sentra i hjernen, progestogen effekt på bryst. Induserer ikke proliferasjon av endometriet. Har gunstig effekt på humør og libido. Øker den fibrinolytiske aktiviteten. Absorpsjon: Rask og fullstendig. Lav plasmakonsentrasjon av tibolon pga. rask metabolisme. Plasmakonsentrasjonen av D4 – isomeren er også svært lav. Maksimal plasmakonsentrasjon av de øvrige metabolittene nås etter 1 – 1,5 time. Proteinbinding: 96,3% til albumin. Halveringstid: 6-8 timer for 3aOH-tibolon og 3b-OH-tibolon. Metabolisme: Metaboliseres i lever. Utskillelse: Hovedsakelig via galle og feces, i mindre grad via urin.

Indikasjoner: Symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. Forebyggelse av knokkelforminertap hos postmenopausale kvinner som er spesielt disponert for osteoporose.

Kontraindikasjoner: Kjente eller mistenkte hormonavhengige tumorer. Kardio- eller cerebrovaskulære forstyrrelser som tromboflebitt, tromboemboliske lidelser eller slike tilstander i anamnesen. Vaginalblødning av ukjent årsak. Alvorlige leverfunksjonsforstyrrelser. Graviditet.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Urogenitale: Gjennombruddsblødninger eller spotting initialt. Øvrige: Hodepine, ødem. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Sentralnervesystemet: Depresjon. Hud: Kløe, utslett. Urogenitale: Utflod. Øvrige: Brystspenning, vektøkning, svimmelhet, migræne, hirsutisme.

Forsiktighetsregler: Grundig generell og gynekologisk legeundersøkelse bør foretas før behandling starter og ca. 1 gang pr. år. Risiko og nytte av behandlingen bør veies mot hverandre hos kvinner som har eller har hatt leversykdom eller lipid- og lipoproteinforstyrrelser. Behandlingen bør seponeres ved tegn på tromboemboliske lidelser, ved unormale leverfunksjonstester eller gulsott. Initiale vaginalblødninger eller spotting kan skyldes resterende effekt av endogene eller eksogene østrogener. Blødning som oppstår etter tre måneders behandling eller vedvarende blødning krever adekvat diagnostikk. Preparatet har ingen kontraseptiv effekt.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: De farmakologiske effektene til tibolon indikerer at substansen kan være skadelig for fosteret. Tibolon er vist å gi postimplantasjonsavstøtninger i dyreforsøk og å være teratogent i kaniner. Tibolon er kontraindisert ved graviditet. Overgang i morsmelk: Opplysninger mangler. Tibolon bør ikke brukes ved amming.

Interaksjoner: Fordi tibolon kan øke den fibrinolytiske aktivitet kan effekt av antikoagulantia forsterkes. Slik effekt har vært påvist med warfarin.

Dosering: Behandlingen bør ikke starte tidligere enn 1 år etter menopause. 1 tablett daglig kontinuerlig. Kvinner som går over fra et østrogenekvenspreparat anbefales å starte behandlingen etter at progestogenfasen er fullført. Symptomlindring oppnås vanligvis i løpet av få uker, men best resultat oppnås når behandlingen fortsetter i minst 3 måneder.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Overdosering kan forårsake kvalme, brekninger og evt. vaginalblødning hos kvinner. Behandling: Symptomatisk.

Pakninger og priser: Kalenderpakning:
28 stk. kr 221,40 3 x 28 stk. kr 594,00

(08/99)



Organon as

Postboks 324
1372 Asker
Telefon 66 76 44 00
Telefaks 66 76 44 01
www.organon.no

(1): RYMER JM. THE EFFECT OF TIBOLONE. GYNECOL ENDOCRINOL 1998; 12: 213-20 (2): GINSBURG J ET AL. CLINICAL EXPERIENCE WITH TIBOLONE (LIVIAL) OVER 8 YEARS. MATURITAS 1995; 21: 71 – 76. (3): HAMMAR M, CHRISTAI S, NATHORST-BOÖS J, ET AL. A DOUBLE-BLIND, RANDOMISED TRIAL COMPARING THE EFFECTS OF TIBOLONE AND CONTINUOUS COMBINED HORMONE REPLACEMENT THERAPY IN POSTMENOPAUSAL WOMEN WITH MENOPAUSAL SYMPTOMS. BR. J OBSTET GYNECOL 1998; 105: 904-11. (4): VALDIVIA L, ORTEGA D. A ONE YEAR EVALUATION OF MAMMARY RADIOGRAPHIC DENSITY (Mx/Dx) CHANGES WITH DIFFERENT HRT'S REGIMENS IN CLIMACTERIC WOMEN. ACTA OBSTET ET GYNECOL SCAND 1997; 76 (SUPPL) ABSTRACT P48.8. (5): LIPPUNER K, HAENGGI W, BIRKHAEUSER MH ET AL. PREVENTION OF POSTMENOPAUSAL BONE LOSS USING TIBOLONE OR CONVENTIONAL PERORAL OR TRANSDERMAL HORMONE REPLACEMENT THERAPY WITH 17 BETA-ESTRADIOL AND DYDROGESTERONE. J BONE MINER RES 1997; 12: 806-12