



Innhold:

Leder:

NSAM: Jalan, jalan

AV GUNNAR STRØNO s 1

De kommer som engler fra himmelen...

INTERVJU MED MADS GILBERT OG MORTEN BAIN s 2

Noen ganger er det ålreit

AV PERNILLE NYLEHN s 6

«Eg elsker å ta ting på sparket»

INTERVJU MED AMBULANSEJÄFÖR GEIR VENAAS s 10

Logistikk på legekantoret

AV BJÖRN OTTERLEI s 14

Fag- og næringsutvikling, er begge deler mulig

AV TERJE JOHANNESSEN s 18

Notater fra en trett lege (III)

AV ØYSTEIN HALLRE s 24

Ny giv

AV ANNA STAVDAL s 27

Svar på Ny giv

AV HARALD KAMPS s 28

Vi har en god vare å selge

INTERVJU MED RUTH MIDTGARDEN s 30

Forsikringsordninger

AV DAG BREKKE s 32

Internkontroll og systemtilsyn.....

AV PETTER ØGAR s 34

Faste spalter

s 36

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

NSAM: Jalan jalan

E

n vanlig hilsen i Indonesia er «ke mana?», som betyr «hvor skal du?». Korrekt svar er «jalan jalan» – «ingen steder, bare rundt omkring». Dette fragmentet av språkkunnskap dukker opp i tankene etter at vi har deltatt på Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) sitt seminar «Fastlege uten grenser?» i Kabelvåg.

Hvor har vår spesialforening for fagutvikling tenkt seg foran fastlege-reformen? Jalan jalan.

Idet dette blir skrevet, er de sentrale forhandlingene om fastlegereformen knapt kommet i gang. Mye kan ha skjedd før det kommer på trykk. Den faglige utfordringen er imidlertid den samme, uansett hva forhandlingene har ført til.

Fastlegereformen er en historisk og unik mulighet for allmennmedisinen til å redefinere faget i forhold til andre- og tredjelinjetjenesten, til trygdevesen, til kommunale aktører, kommunale og fylkeskommunale myndigheter, innad i Legeforeningen og i forhold til pasientene. Det nye i fastlegeordningen er at hver enkelt av oss får et lovpålagt medisinsk ansvar for en gruppe individer med navn og personnummer. Ingen andre har noe liknende. Dette gir oss en enestående maktbase, både enkeltvis og i grupper. For eksempel vil fastlegene i en kommune til sammen ikke ha ansvaret for «kommunens innbyggere», men for hvert enkelt veldefinerte individ.

Vi har nå muligheten for å erobre den makten i helsevesenet som rettelig tilkommer oss.

Vi har naturligvis alltid hatt og tatt ansvar for pasientene våre. Under allmennmedisins blomstring på 70- og 80-tallet fikk vi også en sterkt økende selvbevissthet som gav seg uttrykk i økt kreativitet og vilje til makt over faget. Eksempler på dette er NSAMs handlingsprogrammer, hvor hypertensjonsprogrammet står i særstilling. Et komplisert og sammensatt medisinsk spørsmål er her analysert fra et allmennmedisinsk ståsted. Det munnet ut i et konkret program som sendte rystelser både gjennom grenspesialistmiljøene og den farmasøytiske industrien. Under nedgangstiden på 90-tallet ser det ut til at maktviljen har forsvunnet. Selv om det fins mange unntak, er hovedtendensen dessverre at vi er intimidert, underdanige og mangler selvtilit. Prosedyrepermarbeidet, som foregår i mange fylker, illustrerer dette. En rekke kolleger legger ned en kjempejobb for å lage prosedyrer for hva primærlegen skal gjøre før henvisning av pasienten til andrelinjen. Resultatet er gode kvalitetssikringsverktøy. Samtidig øker ventelistene både i somatikk og psykiatri, og vi opplever at kvaliteten på andrelinjetjenesten generelt er sterkt forringet. Hva gjør allmennlegene med det?

Fastlegeordningen gjør det ikke påkrevet å «avgrense» faget. Tvert imot. Fastlegeordningen gjør det nødvendig raskt å finne ut hvordan vi kan bruke den makten vi her får til beste for pasientene våre. En langvarig skrivestafett og en møterekke etter prinsippet «vegen blir til mens du går», er sikkert vel og bra. Det vi trenger raskt, er imidlertid en faglig kreativ avantgarde som kan gi oss selvtilit og maktvilje. Det er NSAMs oppgave.

Gunnar Strøno

De kommer som

**Meningsytringer om
hva som bør forventes i
akuttsituasjoner av en
primærlege på vakt.
Utposten intervjuer
Mads Gilbert, seksjons-
overlege ved anesthesi-
avdelingen ved
Regionssykehuset
i Tromsø RiTø og
professor ved Universi-
tetet i Tromsø, og
Morten Bain, kom-
munelege I i Vågan
kommune i Lofoten.**



engler

fra himmelen....

Vi ønsket å belyse følgende problemstilling: Det er en opplevd diskrepans mellom det anestesilegene mener primærlegen bør kunne av akuttmedisinske prosedyrer og det de egentlig kan. For å få vite mer om dette har vi snakket med representanter fra begge leire for å høre deres synspunkter. Valget falt lett på Mads Gilbert som har drevet oppsøkende opplæringsvirksomhet av primærleger i helseregion Nord i 17 år. Morten Bain har engasjert seg i problemstillingen ut fra sitt ståsted som kommunelege i et lokalsamfunn med alle de oppgaver dette medfører i tillegg til belastende legevaktsarbeid.

Morten Bain holdt for en tid tilbake et foredrag om kommunelegens hverdag under et kurs i akuttmedisin for primærleger. Han interesserer seg for den reelle situasjonen legen står i der akuttmedisin og legevaktsarbeid er en liten del av en travel hverdag der legen skal kunne mest mulig om alt. Vi tok en prat med Morten Bain for å høre hans refleksjoner om legevakt og akuttmedisin.

Hva mener du samfunnet kan forvente at leger på vakt i distrikts Norge bør kunne?

Jeg er opptatt av å sette ord på hva som skjer med oss som leger og mennesker når det forventes av oss at vi skal greie

det umulige. Vi er ikke herre over liv og død, det må vi ha som utgangspunkt. Samfunnet legger føringer på at vi som leger skal lykkes med alt. Hvis noe «går galt», når vi ikke greier å redde en forulykket pasient eller gjenopplive akutt syke, risikerer vi å bli uthengt i pressen, eller få klager og rettssaker mot oss. Det blir etter hvert en umenneskelig oppgave å leve opp til slike forventninger. Vi har et annet utgangspunkt enn Luftambulansen, vi kommer ikke som engler fra himmelen og redder alt og alle. Vi er alene på vakt, har ofte lang vei og må greie alt alene. Vi må få klart fram at det ikke er noe galt med oss som leger om vi ikke mestrer enhver akuttsituasjon. Vi gjør så godt vi kan.

Problemet er at forventningene er høye både til oss selv og fra publikum om at vi skal redde de fleste. Når vi ikke greier det får vi en voldsom insuffisiensfølelse.

Da er det vel betryggende å få mer opplæring slik at legen kan føle seg sikrere på at han kan det som forventes av ham i en akuttsituasjon?

Det som ofte skjer er at du på kurs øker bevisstheten om det du ikke mestrer og fortvilelsen kan øke i stedet for å avta. Det er viktig å gå på kurs for å oppdatere kunnskap, men jeg har hørt fra mange at kursene, om de er for avanserte,

også kan føre til at en blir enda mer oppmerksom på sin utilstrekkelighet. Denne følelsen av ikke å mestre må være en del av forklaringen på at mange ikke takler utfordringen det er å kjøre legevakt i dag.

Hva skal vi da gjøre? Opplæring fører til større usikkerhet og færre og færre takler utfordringene. Har du tanker om hvordan vi skal kunne beholde legene i distriktene?

Vi må ta bedre vare på hverandre. Her hos oss rykker vi alltid ut med to leger i alvorlige akutsituasjoner. Da kan vi støtte og utfylle hverandre under arbeidet med pasienten(e) og blir heller ikke stående alene igjen med ansvaret hvis noe går galt. Dette er en god modell som kan prøves der det er mulig å få det til. Vi prøver også å ha et nettverk, noen som du kan ringe til hvis det er vanskelig eller noen som ringer til deg hvis du for eksempel blir uthengt i pressen.

Vi trenger selvsagt også å holde oss oppdatert i håndverket, en del prosedyrer må sitte i ryggmargen i slike situasjoner. Alle må kunne basale gjenopplivingsprosedyrer. Vi må imidlertid også ha den ferdighet at vi kan takle det når det går galt. Og vi må kunne leve med vonde følelser.

Det er også en god investering å ha dyktig skolert ambulansepersonell. De kan gjøre mye av jobben i slike situasjoner som avlastar oss. De er også mye flinkere i debriefing enn vi er.

Det ser ut som om vi får til gode ordninger med større legevaktsdistrikt og styring over AMK sentraler. Et problem med dette er at primærlegene enda sjeldnere får utført prosedyrer som forventes at vi skal kunne, for eksempel intravenøs tilgang, intubering etc.

Så hva skal vi konkludere med? Er det rett og slett for tøft å kjøre legevakt i store deler av Norge i dag?

Vi må senke forventningene om hva en legevaktslege kan greie alene på vakt og innse at vi ikke er herre over liv og død. Vi må kunne basale akuttmedisinske prosedyrer og gjøre så godt vi kan i akutsituasjoner med den hjelp vi kan få av ambulansepersonell og kolleger. Og vi må bli flinkere til å ta vare på hverandre og innse at vi ikke har den samme mulighet til redningsaksjoner når vi står alene som når Luftambulansen kommer dalende med alle sine hjelpere og utstyr.

Med dette i bakhodet starter jeg samtalen med Mads Gilbert i Tromsø.

Hva mener du en primærlege bør kunne av akuttmedisinske prosedyrer?

I prinsippet må de ha de samme kjerneferdigheter som akuttmedisinsk personell. Livreddende prosedyrer må starte i lokalsamfunnet, og der er primærlegen den første til å utføre dette. I helseregion Nord har vi drevet med oppsøkende kursvirksomhet for primærhelsetjenesten i 17 år og ser på dette som en meget nyttig og viktig investering.

Konkret må legen kunne det som inngår i plan B-L-Å-S-T som vi utviklet gjennom læreboka «Gjør noe, da!» (Cecilie Arentz-Hansen, Kåre Moen og Mads Gilbert)¹. Vi skrev boka som læreverk for alle landets 9-klassinger, og den er vel verd å lese for alle som kommer i kontakt med akuttmedisin – etter min mening! «BLÅST» er ei huskeregle eller arbeidsplan for de viktigste tiltakene i alle akutsituasjoner – uansett årsak. BLÅST står for Bevissthet, Luftveier, Åndedrett, Sirkulasjon og Temperatur. Kommunelegen i vakt må ha visse kjerneferdigheter i tråd med denne arbeidsplanen:

B = bevissthet:

- må kunne sjekke og vurdere bevissthetsnivået med bakgrunn i Glasgow coma scale

L = luftveier: lege i vakt må kunne:

- diagnostisere om det er fri eller ufri luftvei og åpne eventuelt ufri luftvei
- leire pasienten korrekt
- bruke svelgtube
- bruke sug
- intubere hvis nødvendig
- åpne luftvei kirurgisk med nødtrakeotomi

Å = åndedrett

- vurdere kvalitet på åndedrett
- telle respirasjonsfrekvens
- undersøke thorax skikkelig
- sikre forsvarlig åndedrett på vei til sykehus; administrere oksygen
- punktere evt. pneumothorax, gi adekvat smertelindring
- evt. nedsette ventrikelsonde for å avlaste åndedrettet

S = sirkulasjon

- vurdere klinisk sirkulasjon; telle puls, måle blodtrykk, vurdere perifer sirkulasjon
- leide pasienten korrekt
- stoppe synlige blødninger ved pakking av såret komprimert med bandasje

- substituere tapt volum ved kanylering og infusjon av varme væsker
- vurdere om pasienten er stabil eller ustabil
- vurdere effekt av behandlingen, evt. mistanke om skjulte blødninger

T = temperatur

- enkle teknikker for å holde pasienten varm
- Ved lavere temperatur er risiko større, pasienten blør mer, det er generelt større komplikasjonsfare.

Legevaktslegen må kunne gjenopplive en livløs pasient etter standard regler HLR og A-HLR (basal og avansert hjerte- lungeredning) AHR og (bruk av defibrillator (D-HLR), og kunne dosering og bruk av livreddende legemidler som atropin og adrenalin. Han må også kunne moderne behandling av akutt hjerteinfarkt. Kommunelegen bør se på seg selv som leder av teamet på skadestedet. Han må kjenne til helseradionettet og kunne kommunisere med AMK. Med seg i lomma bør alle ha siste utgave av

1. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp
2. Legevaktshåndboka.

Alle legevaktsleger bør – i likhet med ambulansefagfolkene – resertifiseres i akuttmedisinske prosedyrer hvert år.

Dette høres flott ut, og det høres ut som om dere får dette til i Nord. For primærlegene er akuttmedisinen en del av en mye større virkelighet med arbeidsoppgaver i hverdagen. Det kan gjøre det vanskelig å henge med i alt, man må prioritere skarpt.

Akuttsituasjoner er ikke så sjeldne som vi skulle tro og kanskje ønske. I Norge har vi hvert år ca. 1800–2000 ulykkesdødsfall, 6000 hjertestans, 25000 alvorlige ulykkesbetingede skader, ca 1000 suicid og ca 21.000 hjerteinfarkt. Dette gir i alt ca 55.000 akuttsituasjoner som igjen betyr rundt 150 akuttsituasjoner i Norge hvert døgn. Når nødsituasjonen er der må legen vite hva han skal gjøre og kunne beherske situasjonen.

Legene må få tilstrekkelig opplæring til å bli trygge på seg selv og egen mestring. Jeg tror at det gir mer ro over hele arbeidssituasjonen og at det faktisk kan gi legen bedre helse. Vi må leve med mulighetene for at vi kan gjøre feil. En omskrivning av Inger Hagerups diktillustrerer dette godt:

«Vi bærer med oss natt og dag
den bleke skrekk for det faglige nederlag»

Gi oss ressurser til opplæring og resertifisering av legene som skal drive med legevaktsarbeid, så blir de tryggere på seg selv og de får et bedre liv.

På RiTØ har vi tatt dette på alvor i forhold til våre studenter og de gjennomgår nå en omfattende opplæring i form av et 5 ukers akuttmedisinsk kurs hvor vi har praktisk utsjekk for hver enkelt av HLR og innlegging av venekanyler også i vena jugularis ext.

Selv om en kommunelege som Morten Bain har vært med i denne kursaktiviteten som dere har tilbudt i mange år, sier han at han føler at forventningene til hva han og hans kolleger skal kunne er altfor høye. Hvordan kan du forklare det?

Jeg synes legene ofte tar utgangspunkt i det som er vanskelig og tar skrekken fordi de ikke får til/kan f.eks intubere etc. Det vi vil at legene skal lære seg er en enkel handlingsplan som kan brukes i alle situasjoner. Så får vi heller tåle at vi ikke alltid får til alt det vanskelige. Jeg synes at Plan B-L-Å-S-T er en fin huskeregle som kan fylles ut med det den enkelte legen selv vil mestre. Noe må legevaktslegen beherske veldig godt – det er bedre enn å kunne litt her og litt der.

Etter å ha snakket med primærlegen og akuttmedisineren lurer jeg på om de er så uenige faglig sett. Basal kunnskap i akuttsituasjoner sier de begge må være et minimum for å kjøre legevakt i Norge. Begge sier også noe om at god opplæring gir bedre sikkerhet, men Bain mener også at denne opplæringen kan bli for avansert for primærlegen. Budskapet må være at man må få drillt inn en måte å jobbe på som kan brukes i alle akuttsituasjoner. Spørsmålet er bare hvor mange som får anledning og tid til å gjennomføre dette i praksis.

Noen ganger er det ålreit

Pernille Nylehn

Embetsseksamen 1998 i Bergen, sykehus-
turnus i Haugesund, distrikt i Hjelmeland
hvor jeg fortsatt jobber som vikar for kom-
munelege I. Før medisinstudiet jobbet jeg i
noen år – både i og utenfor helsevesenet – og
har fusket i fagene psykologi, statistikk og
nordisk.

Dette er en historie om legevakt. Det er *ikke* et forsøk på å forklare fenomenet uttømmende og endelig, men først og fremst min personlige opplevelse av legevakt, ut fra min situasjon (ganske nyutdannet) og mitt legevaktdistrikt (Ryfylke). Kanskje er den morsomst å lese for dem som er i samme båt – altså like fersk – som meg, men forhåpentligvis kan en del «eldre» leger nikke gjenkjennende, og kanskje kan jeg si noe som gjelder for flere enn meg. Med andre ord: Dette er en helt EBM-fri artikkel, men kanskje ålreit likevel!

To episoder

Telefonen ringer klokka to om natta. Jeg kjemper meg gjennom lag på lag med søvn, dyner, tretthet og drømmer, og tar telefonen på andre ring. Sier navnet mitt.

«Det er fra legevaktsentralen. Kan du ringe dette nummeret?».

Setter meg opp i senga. Rister på hodet for å få vekk den siste resten av søvn og tenker: Jasså, skal det bli en slik natt? Jeg er nemlig blitt vekket to ganger alt, begge etter midnatt, begge med problemstillinger som fint kunne vente til neste dag. Hva er det denne gangen, en som ikke får sove?

Ringer nummeret. I den andre enden en kvinne omtrent på min alder. Hun er fortvilet og engstelig. Ikke bare engste-

lig, hun har dødsangst, tør ikke sove for tenk om hun ikke våkner igjen? Hun har ikke sovet på flere netter, føler hun går opp i limingen snart. Gråter. Forteller om ensomhet, ansvar for tre små barn, mann som pendler og er mye borte. Lite nettverk, tør ikke fortelle familien at hun sliter, for «de har jo nok med sitt». Hun har fått behandling for angst tidligere, trodde hun var frisk, men nå er det tilbake og verre enn før.

Vi snakker nesten en time. Det er ikke så mye jeg kan gjøre, men jeg får henne til å love at hun skal ringe en søster og få henne til å komme, spør: Ville ikke *du* gjort det for henne? Ber henne ta kontakt med egen lege i morgen, jo du *skal*. Ber henne ta vare på seg selv. Legger på, og legger meg igjen. Det var ingen bagatell denne gangen.

Jeg vet ikke hvordan det gikk med henne, hun hører til i nabokommunen. Kanskje tok hun kontakt med egen lege dagen etter, kanskje ikke. Kanskje hun fremdeles sitter der, natt etter natt, og ikke tør sove. Hun forblir en av de ansiktsløse fremmede som en gang viste meg en flik av livet sitt, fra den mørkeste kroken, viste meg en tillit som berører meg, selv om jeg vet det var desperasjon som fikk henne til å ringe legevakten.

Var jeg til nytte? Jeg vet ikke. Jeg tror det, håper det. Burde jeg reist ut og snakket med henne? Gitt henne medisiner? Kanskje. Fasiten finnes ikke.

En annen natt, en lørdag. Jeg er nettopp kommet hjem fra mange sykebesøk og er sliten og lei. Så ringer en dame fra en av øyene, forteller at moren hennes på 75 er blitt syk, hun klarer ikke snakke, men er våken og i god almentilstand.



Det høres ut som apopleksi. Datteren sier: «Du må komme med en gang! Fort! Bør vi ikke få helikopter?!» Jeg lover å komme, men forklarer at slag neppe er grunnlag for å bruke helikopter. Kaller opp ambulansebåten og reiser ut i full fart, er litt irritert for at hun presset sånn på, og forbereder meg på å bli møtt med sure miner og kritikk. Men når jeg kommer frem er de pårørende bare glade for at jeg kom. Pasienten sitter i en stol, har afasi, er våken, men gir ingen kontakt. Ingen spesielle funn. Jeg begynner å forberede innleggelse. Så, fem minutter etter at jeg kom inn døra, får hun generaliserte kramper, fråder om munnen ... og så faller hun sammen som en klut og ser *død* ut, vokseblek, puster ikke, jeg finner ingen puls. Jeg rekker å tenke «Å nei! nå har hun fått stans og jeg må gjenopplive!», men så handler jeg og ambulanse mannen fra båten (som tilfeldigvis ble med opp) på refleks, tar tak i hver vår side og river henne ned på gulvet. Og ikke vet jeg hva som skjedde, men dama får igjen fargen og begynner å puste, først Cheyne-Stokesaktig, så mer jevnt. Vi får henne i sideleie, gir henne oksygen, prøver å få inn en venefflon (og bommer, men det gjør ikke så mye), og blir enige om å ringe NLA. Helikopteret kommer, lander elegant på plenen utenfor, frakter damen trygt til Stavanger.

I epikrisen står det at pasienten «angivelig» hadde hatt kramper, men var i fin form da hun kom til sykehuset. Haha. De får tro hva de vil. Jeg var bare glad hun ikke døde for meg, og like glad for at jeg *brakte* luftambulansen, selv om det i etterpåklokskapens lys kanskje ikke var strengt nødvendig. Men det *var* nødvendig for meg, der og da, med en tilsynelatende ustabil pasient som for alt jeg visste hadde en pågående hjerneblødning, og kanskje, kanskje ikke ville få nye kramper om ti minutter.

Dette var to eksempler på hva legevakt *kan* være. Begge ganske uvanlige. Det vanlige er unger med feber, voksne med bronkitt, ankeldistorsjoner, influensa, vepsestikk, småår ... og ofte er det ikke så mye i det hele tatt. En som bekymrer seg for vondt i ryggen og vil ha råd. En som trenger sykemelding. Ei jente som trenger nødprevensjon. En som trenger smertestillende for tannverken sin. Ei mor som lurte på om det går mye tuberkulose(!) for tida, for sønnen hennes har hostet i to uker.

En god del kan ordnes på telefon, og selv om man må reise ut er det ofte lett og takknemlig arbeide: Kjapp anamnese, *veldig* målrettet klinisk undersøkelse, ingen lange journalnotat eller byråkrati, ofte takknemlige pasienter, og oppfølging hos egen lege (... og når man i praksis er «fastlege» er det en god og litt rampete følelse å kunne *gi fra seg* ansvaret for en gangs skyld!)

Baksiden av medaljen er blant annet at man har knapp tid, at man må ta raske avgjørelser på tynt grunnlag, og ikke får vite hvordan det går med pasienten etterpå.

Realitetsorienteringen

Da jeg studerte, fikk vi ofte høre hvor *felt* det var i turnus, nærmest en skjærsild, med søvnløse netter, uendelige vakter, ildsprutende overleger som tordnet over turnuslegene på morgenmøtet, og pasienter som døde som fluer av hjer-teinfarkt og meningitt og det som verre var – hva nå det skulle være. Scenen var alltid Hattfjelldal, det var alltid storm, og helikopteret kunne ikke fly. Og hvis vi ikke la oss på minne akkurat det vedkommende foreleser sa i akkurat *denne* forelesningen (som selvsagt var mye viktigere enn alle de andre forelesningene det året!), skulle det gå oss ille og vi skulle *ikke* få leve lenge i landet, og han skulle personlig vitne mot oss når det kom til rettsak. Vi gruet oss!

Så kom jeg i sykehusturnus. Slitsomme vakter, javel, men de fleste pasientene overlevde og det gjorde jeg også, og jeg ble ikke æresskjelt på hvert morgenmøte, og for å være helt ærlig hadde jeg det ganske bra. Her var det noe som ikke stemte! Men så fikk jeg høre at det var distriktsturnus som var farlig, *da* sto man på den ytterste nøgne ø, helt alene, og *da* var det ingen kjære mor lenger. Jaja, så fikk jeg grue meg til det i stedet.

Så kom jeg endelig i distrikt. Hjelmeland kommune i Ryfylke. Landet! Tre tusen sjeler og enda flere sauer, og avkroker overalt. Vakt-distriktet omfatter hele ryfylkebasenget med en masse øyer, pluss Kvitsoy, og vi bruker ambulansebåt til utrykninger. Det tar drøye to timer å krysse vakt-distriktet, noe som kanskje ikke er så imponerende i forhold til visse distrikter i Nord-Norge, men endelig langt nok når det haster. Fra den innerste avkroken vår er det bortimot tre timer til sykehus hvis man tar turen til lands og til vanns, men Luftambulansen kan komme på en liten halvtime. Hvis det er vær til det. Nå skulle jeg endelig få bryne meg!

Ja, hva skal jeg si? Nå har jeg kjørt vakt her i snart ett år, og har det fortsatt bra. Turnus var ingen skjærsild. Legevakt heller ikke. Pasientene dør ikke som fluer. Og man er ikke alene. Det er fremdeles noe som ikke stemmer med det vi fikk høre på universitetet, men nå vet jeg at det var kartet som var feil, og terrenget er til å leve med.

Og det kan nok være strevsomt å ha vakt, men noen ganger er det ålreit, å være i båt en høstkveld eller en sommerdag, med panoramautsikt over Ryfylkes øyer og fjell, og jeg sitter der og sludrer med skipperen og drikker kaffe og alt er såre vel. Jeg blir ikke sjøsyk engang.

Barnehagelærdom

Robert Fulghum¹ har skrevet en bok hvor han påstår at han lærte det meste om livet da han var i barnehagen, at visdommen ikke lå på universitet men i sandkassa, og han har kanskje rett i det. Nå er turnus neppe noen barnehage, men det første man lærer er ofte det viktigste, og det som preger en senere.



Dette lærte jeg i turnus:

1. Å få arbeidet unna.
2. At man ofte har bedre tid enn man tror.
3. At hjelpepersonell er til for å brukes.

(Jeg lærte også at en lett realitetsbrist kan være ganske nyttig. Det skal jeg komme tilbake til)

Å få arbeidet unna

Høres dette litt smått ut? Er dette alt jeg har lært? Nei, selvfølgelig ikke. Jeg har lært en hel masse annet, faglig, teknisk, praktisk, menneskelig; jeg har lært om samarbeid, om Systemer og deres gleder og forbannelser; jeg har lært at helbredelse er vanskeligere enn man skulle tro, at veien til frelse (medisinsk sådan) er trang og smal ... og jeg vet jeg har uendelig mye mer igjen å lære. Men lærdommen og innsikten hjelper ikke hvis man ikke kan bruke den. Og hvis man ikke kommer gjennom dagene, og nettene, og dagen etter vakt, hvis man ikke får unna køen på venterommet og lista på legevakt ... da får man ikke tatt kunnskapen i bruk, men sliter seg ut og surner i stedet. Derfor er jeg opptatt av logistikk, derfor mener jeg det er viktig å få arbeidet unna så rasjonelt som mulig. *Fordi man ellers gjør en dårlig jobb!* Det innebærer noen ganger at man må prioritere hardere enn man liker, ta avgjørelser som man ikke er helt trygg på, eller jobbe mer enn man hadde tenkt. Det er pyton å sitte klokka tolv om natta og skrive inn journalnotater, men det sparer deg for mye arbeid dagen etter, og så kommer vaktrapporten ut i tide, så også de andre kan få gjort en fornuftig jobb (... jeg er også en sterk motstander av myten om at det er umulig å få epikrisene ut innen tre døgn etter utskrivelsen, men det er en annen historie). Logistikk handler også om å finne smidige løsninger og bruke annet personell. Det handler også om å tørre å be om hjelp, ingen liten overvinnelse!

Tiden

Det er faktisk sjelden pasienter legger seg ned og dør uten å si fra først. Det er like sjelden de dør mellom hendene dine. Man har veldig ofte tid til å tenke, spørre om råd, slå opp i ei bok, ringe etter hjelp, og da kan man gjøre en bedre jobb enn hvis man heltemodig prøver å gjøre alt på en gang, og før man vet hva man gjør. Dette er også en del av logistikken: Man må ta seg tid til å gjøre det riktige!

I mitt tilfelle har man forresten tid enten man vil eller ikke, fordi det tar tid å reise fra f.eks. Hjelmeland til Rennesøy, og

når man sitter der i båten kan man ikke gjøre stort annet enn å tenke, slå opp i bøker, og se strengt på klokka så den ikke skal gå for fort. Og så kan jeg oppleve å komme fram til pasienten og finne at tiden har jobbet for meg: Ungen som for en time siden hadde ulidelige magesmerter sitter oppe og drikker saft og har det ganske bra. Mannen som «ikke fikk puste» da kona ringte legevakten, viser seg å være høyst oppegående, kanskje ikke helt edru, men puster som han aldri skulle gjort annet.

Og de tilfellene da man har dårlig tid, viser det seg at man gjerne handler mer fornuftig enn man hadde trodd. Det er ganske mye vi har fått inn i ryggmargen gjennom studiet og sykehusturnus, og man klarer alltid å gi brukbar førstehjelp til forsterkningene kommer. Og er det for en gangs skyld livsnødvendig å få inn en venefflon, så treffer man!

Men som før sagt: Det som ofte er frustrasjonen på legevakt er at man har knapp tid, og må treffe beslutninger på litt for tynt grunnlag. Og den største overgangen fra sykehus til distrikt er at man ikke lenger «eier» pasienten. Man ser ham bare noen korte minutter, og må gjøre seg opp en mening og ta en avgjørelse, og så forsvinner han, hjem til seg selv, og kan ligge der og bli elendig uten at man vet om det. På sykehus hadde vi pasienten i vår hule hånd og kunne ha ham under observasjon, og prøve oss fram med den ene og andre behandlingen og se om det virket. I distrikt er det kvitt eller dobbelt: Du må gjøre det riktig første gangen! Selvfølgelig kan man lage avtaler med pasient eller pårørende – ring hvis du får feber, ring hvis ungen blir verre, ring hvis han får utslett – men man har gitt fra seg kontrollen, og det er mer enn én gang jeg har ligget våken en time eller to og lurt om jeg skulle lagt inn den ungen som hadde slått hodet sitt, og om den gamle gubben med erysipelas virkelig kommer til å varsle hvis han får høy feber? Og noen ganger er jeg litt engstelig når jeg leser dødsannonser mandagen etter en helgevakt. Tenk om ...!

Jeg har ingen kur for den hodepinen det er at man ikke har tilgang til fasiten før det er for sent. Man må leve med den, og lære seg hva som skal til for at man skal føle seg trygg nok. Man blir aldri helt trygg, men man kan bli trygg nok.

De gode hjelperne

Sykepleiere, ambulansepersonell, AMK ... de er der for å bistå, de har samme mål som oss, og de forventer ikke at legen (særlig ikke en blodfersk en) skal fikse alt alene. Tvert imot setter de ofte pris på å bli brukt. Har man en krisesituasjon – som heldigvis er sjeldent, men desto verre når den kommer – da har man mer enn nok med å holde hodet øverst og ta seg av pasienten og tenke noenlunde fornuftige medisinske tanker. Og da skal man bruke andre til mest mulig. For eksempel samband og organisering. For eksempel koble til hjertestarter, legge venefflon, ta seg av pårørende. Hva det nå er man ikke har tid til selv eller ikke kan godt nok.

Og har man *ikke* en krisesituasjon, men bare noe man må få unna, er det også hjelp å få – *hvis* man spør. Nå er jeg kanskje litt ekstra heldig fordi jeg bruker ambulansebåt og dermed har *to* gode hjelpere – skipper og matros – som begge har en viss førstehjelpskompetanse, og som kjenner området og folket og rutinene mye bedre enn meg. Altså en stor fordel ved å bo i et uveisomt og avsides distrikt!

Og det finnes mer hjelp å få. Da jeg var i turnus ringte jeg ofte til sykehuset for å få råd når jeg var i tvil. Det har jeg fortsatt med, av flere grunner. Det koster meg svært lite å innrømme at jeg ikke har full oversikt over alle fagfelt, og jeg synes jeg skylder pasienten å be om råd fra andre hvis jeg er usikker. Og min erfaring er at slike telefoner blir tatt velvillig imot, selv om sykehuslegene har det travelt. Jeg kan nesten ikke huske at jeg er blitt avvist, og jeg har stort sett fått gode råd, og ofte unngått innleggelse.

Det kan virke som selvfølgeligheter, men det *er* ikke selvfølgelig for den som er ny. Medisinstudiet – i hvert fall det jeg gikk på – fremelsker og belønner individuelle prestasjoner, og vektlegger i liten grad samarbeid. Og medisinstudentene er ærekjære vesener som er vant til å være flinke, gjøre ting alene, og sette høye krav til seg selv. De forventer til og med av seg selv at de skal kunne ting *før* de har lært dem, og beherske teknikker de bare har lest om. Studenten vi hadde utplassert nylig var tydelig skamfull fordi hun ikke fant cervix på sin første GU, så jeg måtte spørre, litt strengt (og det var den eneste gangen jeg var streng!) når hun mente at hun *skulle* ha lært det? Hun ble svar skyldig, og jeg tror hun tok poenget: Man kan ingenting før man kan det. Og for å kunne det må man lære og øve og veiledes.

Men alt dette gjør at det kan føles som et visst nederlag å be om hjelp, enten det nå er til praktiske eller teoretiske spørsmål. Og da lar mange helst være, og prøver å trekke seg selv opp etter håret i stedet. Ganske dumt, og potensielt farlig. Moralen: Det er nok viktig å være flink og kunne mye, men det er minst like viktig å lære seg begrensninger, å vite hva man *ikke* kan, og hva man kan bruke andre til. Dette lærer vi ikke på studiet. Da må vi lære det etterpå.

Realitetsbristen

Som sagt ble vi matet med mange skremmebilder i studiet, og en del lot seg skremme mer enn godt var. Og hvis man ikke falt for undervisernes dystre profetier, var det ikke noe problem å lage seg sine egne skrekkvisjoner – for det er jo mye som kan gå galt, mange feil man kan gjøre, og et enormt ansvar man står med, enten man er på vakt eller bare på jobben. Og blir man for opptatt av alt det farlige, risikerer man å bli handlingslammet av ren skrekk.

Derfor er det en fordel å opparbeide en ørliten realitetsbrist. Man bør kunne si til seg selv (og tro på det) når det stormer som verst: «Dette går nok bra. Han dør nok ikke. Han ville dødd uansett. Dette klarer jeg. Det utslettet var helt sikkert

ikke farlig» ... omtrent som et mantra, som beroliger og klarner hjernen.

Realitetsbristen må ikke være så stor at man slutter å være årvåken, men den skal være stor nok til at man klarer å sove om natta, at man ikke får panikk når det gjelder, og at man ikke fanges i tvangshandlinger og ikke kan sende fra seg en eneste feberunge uten å ringe bakvakt.

Så langt har ikke virkeligheten vært grusom nok til å forstyrre forestillingen min om at Det Går Nok Bra. Episoden jeg fortalte om i innledningen er noe av det mest dramatiske jeg har opplevd på vakt, og det *gikk* jo bra, og såvidt jeg vet lever damen i beste velgående. Jeg hadde sikkert opplevd mer dramatisk hvis jeg kjørte vakt i en stor by, men på den annen side ville det da være mye kortere vei til (mer) kvalifisert hjelp, og de fleste hjertestanser og overdoser ville gå rett til sykehus. Altså *er* det ikke urimelig farlig å ha vakt, såvidt jeg har erfart. Altså er det god grunn til å holde på realitetsbristen, fordi den oftest vil stemme med realiteten! Og hvis alternativet er å tro at Alt Går Galt, og dermed risikere handlingslammelse og ødelagt nattesøvn, er den langt å foretrekke.

Og hvis først noe skal gå galt: Hvem har bestemt at det skal være på legevakt folk dør mellom hendene dine? Det skjer heller på en vanlig onsdag formiddag når du aner fred og ingen fare. Det er ingen grunn til at alt det vonde og farlige skal skje klokka fire om natta når du er alene, og det gjør det vanligvis ikke heller. Alt det vonde og farlige skjer som oftest *ikke*.

Alt i alt – legevakt er omtrent som en dag på kontoret, og som livet forøvrig: mest enkle ting, noen få alvorlige, mange små bagateller, – og den største utfordringen er logistikken. Og noen ganger helt ålreit.

Jeg har ikke skrevet noe om de politiske sidene ved legevakt, om den latterlige telefontaksten på 35 kroner, om avspaseringen som ikke er der, om Dagbladet som lager nummer av at bærumslegene krever tusen kroner timen, men *ikke* lager nummer av den nåværende timelønna på knapt tredve, og så videre. Det var ikke poenget med denne artikkelen. Men jeg skal komme med én «politisk» mening: Vaksamarbeid er ikke bare fint, det er nødvendig! Var det ikke for at vi i Hjelmeland samarbeidet med tre nabokommuner, ville vi hatt todelt vakt, ikke åttedelt som nå, og da ville jeg ha rømt herfra så snart jeg kunne. Det er ikke *så* ålreit å ha vakt.

Hører du, Tønne?

Pernille Nylehn

1 All I Really Need To Know I Learned In Kindergarten, Ballantine books 1993

«Eg elsker å ta ting på

*Intervju
med ambulansesjåfør
Geir Venaas, Seljord*

Av Elisabeth Swensen



(Når det videre i intervjuet brukes «han» om ambulansesjåfører generelt, er det av bekvemmelighet. Kona til Geir, Åse, er også ambulansesjåfør og et godt eksempel på at det er urettferdig.)

– Hva er de viktigste egenskapene en ambulansesjåfør må ha?

Han må ikkje miste bakkekontakten når det står på som verst, det er viktig å tenke sjølv og finne praktiske løysingar som er tilpassa problemet. Ein må rett og slett kunne ta ting på sparket der og då. Samstundes er det sjølv sagt at ein kan faget sitt. Eg er glad for at det no er kome krav til ein fagleg standard. *(Geir tok fagprøva med glans i fjor.)* Men eit fagbrev kan aldri kompensere for manglande sunt vett og blikk for kva ein må og kan gjere i ein akutt situasjon. Ein lege kan peike på kva som er naudsynt av medisinske tiltak, ambulansesjåføren si viktigaste rolle er å gjere det mogeleg å gjennomføre dei reint praktisk. Eg trur det er ein natur-

I alle lokalsamfunn er det noen enkeltpersoner som fungerer som bærebjelker for den kollektive opplevelsen av en viss trygghet og stabilitet. En kolonialhandler som «alltid» har vært der (og faren hans før ham og før det farfaren), en klok prest kanskje, en gammel matematikklærer som har lært «alle» i bygda å regne riktig, en lege som kjenner sine sambygdinger og deres historier. Ambulansesjåfør Geir Venaas (50) er en slik vektbærende institusjon i Seljord. Mange av oss, for eksempel vi som kjører legevakt, opplever Geir som nærmest uunnværlig. Han opplever det nok litt slik selv også – etter 31 år sammenhengende i tjenesten! Samtidig er han en mann blottet for arroganse og pompøse forestillinger om akuttmedisinske helter. Han synes bare det er så innmari moro at det «skjer noko». Jeg mistenker ham dessuten for å ha en uvanlig velutviklet yrkesmoral godt pakket inn i muntre sarkasmer, selvironi og et kronisk skjevt smil.

sparket...»

leg seleksjon i kven som blir legar og ambulansesjåførar. Ambulansefolka er oftast meir teknisk anlagt.

(Her begynner Geir å le.)

– Hva ler du av?

Eg kom på den gongen me laga defibrillator til å ha i bilen. Det må ha vore rundt 1980. Eg hadde høyrte om ein distriktslege som hadde gjenoppliva ein hjerterpasient med straum. «Straum skal bli», tenkte eg. Dagen etter gjekk eg ned på Seljord Elektriske og handla inn to slike handtak som sit på elektriske drillar. Desse vart kobla saman med ein del frå ei bilantenne og to ledningar til straumnettet. Utstyret låg i ambulansen i fleire år. Du må endeleg skrive at det aldri vart brukt, for det er heldigvis sant. Men assisterande Fylkeslege fekk hetta ein gong eg kom på å fortelle han om apparatet.

– Fortell litt om ambulansetjenesten i Seljord

Då eg starta i 1969 var det lokalforeninga av Raude Kross som hadde skysskafferavtale med Rikstrygdeverket. Dei kjørte alle slags pasientar, mange slike som i dag tek drosje eller køyrer eigen bil. Eg starta mi karriere i Raude Kross hjelpekorps, på hobbybasis ved sidan av jobb i Telenor. Hjelpekorpsset blei brukt til alle ulykker og alt som var akutt, medan lokalforeninga dreiv det me kalla «brødkøyring». Me i hjelpekorpsset syntes ambulanse var tøft og spennande, og me utvikla ei teneste med høgt nivå på teknisk utstyr og akuttkompetanse. Det var mykje trafikkulykker på det som den gongen heitte E-76, og me bygde opp eigen hengar med avansert utstyr for den slags. Så arrangerte me flotte beredskapsøvingar som sette heile bygda på ende. Eigentleg trur eg ein lærer vel så mykje av mindre og meir måretta øvingar, men moro var det! Hjelpekorpsset og lokalforeninga krangla jamt, og med høg temperatur. Så blei det sett ned eit ambulansutval i 1978 der både var representerte, og då var det slutt på den moroa.

– Men fortsatt er Seljordambulansen kjent for å holde et høyt nivå?

Det er nok sant. Me har vore ganske flinke til å prøve ut nye prosedyrer, til dømes var me tidleg ute med å henge opp



infusjon i ambulansen. Og me følte at me hadde tillit frå dei legane som hadde det medisinske ansvaret. Ellers hadde det ikkje gått.

– Har du lyst til å kommentere forholdet mellom leger og ambulansesjåførar? Har det for eksempel forandret seg mye, synes du?

Eg opplever ein større gjensidig respekt i dag enn før i tida. Før var det doktoren som bestemte, me på ambulansen ver forsiktige med å gje doktoren råd. I dag er det ei tydelegare rollefordeling der me har kvar våre funksjonar. Eg er oppteken av at ambulansesjåførane ikkje skal strekke fellen lengre enn han rekk, me er ikkje legar fordi om me har fått delegert ansvar for å gjere ein del tradisjonelle «legeting». Ein må kjenne si begrensing. Eg synes ikkje det er heilt uproblematisk at me stadig får delegert meir og meir ansvar for både vurderingar og administrering av medisinar. Kvifor har du gått sju år på universitetet for å bli lege hvis eg kan gjere jobben like godt?!

– Blir du stressa og redd iblant?

Faktisk ikkje. Eg kjenner meg ganske sjølv sikker i jobben og blir ikkje stressa i akutte situasjonar. Då gjer eg det eg trur er rett. Det aller verste eg kan tenke meg er å kome til ein situasjon – til dømes ein brennande bil med folk som sit fast – der eg ikkje kan gjere noko. Men eg kan og kjenne eit visst ubehag når ein unge blir kvit og stille. Så lenge dei pusar og skrik er det greit. Sjølv om eg ikkje kallar det stress, så er det sjølv sagt fryktelege hendingar som går inn på ein, slik som krybbedød. Då må ein prøve å gje omsorg, ikkje alltid med ord, men ved å vere roleg og til stades. Eg har god



hjelp av Åse (*kollega og ektefelle, min ann.*). Me er eit godt team i slike høve, trur eg.
(*Vet jeg!*)

– Hva er det beste med jobben din?

Variasjonen. At det hender noko, nye utfordringar. Så møter eg alle slags folk, hyggelege og slike som kjefter. Det er moro det og. Eg har forresten lagt merke til at det er dei som er lågast på den sosiale rangstigen som oftast takkar oss for innsatsen, ikkje alltid dei som objektivt har fått best hjelp. Men det plager meg at me stadig får dårlegare tid til folk. Den nye ordninga med AMK-sentralen som koordinator gjer at me blir sendt hit og dit utan forvarsel. Ofte må me bare hive pasienten av på sjukehuset og reise vidare. Før kunne me vente og sjå litt korleis det gjekk, halde kontakten med pasienten. Me lærte litt fagleg av det og.

– Hva er din erfaring med den interkommunale legevaktsentralen?

(*Legevaktsentralen er lokalisert på legekantoret i Seljord og betjener nå to kommuner på kveldstid, fire kommuner på natt/helg, vedtatt utvidet med ytterligere to kommuner fra 1. juli.*)

For fagpersonellet, og særleg ambulansenesta, er legevaktsentralen eit stort fagleg pluss. Me samlast der til ein prat og ein kaffekopp, det blir mykje bra fagutveksling av det. Men eg kan forstå at pasientane som bur langt frå både legevaktsentral og sjukehus kan bli engstelege. Med større vaktistrikt trur eg me vil trenge fleire ambulansar, og så bør me skilje mellom akuttbilar og det eg kallar bære-bilar.

– Fortell en legehistorie...

Eg har sett mange redde og usikre legar i akuttsituasjonar, det er klart. Nokon gonger blir det ufriviljug moro av det. Eg hugsar legen som kom til ei bilulykke ei stund etter at me frå ambulansen hadde kome dit. Bilen var stygt skadd, og føraren sat fastklemt i vraket. Eg hadde etter mykje strev

fått lagt inn ei intravenøs nål og hengt opp eit drypp. Så kjem legen heilt stressa springande, og kva trur du han gjer? Snublar i infusjonssettet og dreg ut nåla!

– ...og en pasienthistorie...

Me vart kalla ut til ein gamal mann som hadde fått slag. Han budde i eit av desse gamle husa utan skikkeleg trapp opp til andre høgda, og det var sjølvsgatt der oppe han låg. Det var ikkje tale om å få mannen ut. Då kom sonen med motorsag og skar utan vidare hol i ytterveggen slik at me kunne kome til. Det var heilt vilt.

– ...og til slutt en historie om ambulansen og deg!

Du veit at eg elskar å jakte. For eit par år sidan hadde eg skote ei stor gaupe som eg ville få stoppa ut. Han som skulle gjere jobben bur i nabobygda på veg mot sjukehuset. Eg måtte frakte gaupa i frosen tilstand, heilt utstrekt, så eg passa på ein gong eg skulle hente ein pasient heim og altså hadde tom bil bortover. På vegen møtte eg ein ambulanskollega som visste kva eg hadde i bilen. Me stoppa ved vegkanten så han skulle få sjå gaupa. I ettertid har eg tenkt at det sikkert såg spesielt ut med to ambulansar som sto parkert medan sjåførane røykte og studerte noko på båra som likna ein pasient i ein søplesekk! Gaupa blei fint utstoppa, ho sit på ein



stein og kneiser. Men ho blei ganske høg. Så då eg skulle frakte henne heim, sette eg henne i sikkerhetsselen i passasjeretsetet attmed båra bak i ambulansen. Ho sat bra der. På heimvegen stoppa eg for å ete flesk på Fossen Kro. Det var fyrst då eg kom ut på parkeringsplassen etterpå og såg folk rundt ambulansen at det gjekk opp for meg kva for eit syn ho var der ho sat med kvasse, hårete øyre i akkurat passe høgde bak det stripete glasat.

Once  Daily

MONOKET® OD

ISOSORBID - 5- MONONITRAT



Nitratbehandling
hos anginpasienter
bør individualiseres
for optimal effekt ¹

Studier har vist at
100 mg x1 Monoket OD
øker effekten i forhold
til 50 mg x1 pr. døgn ²

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.

NYHET!

**-og alle gir hurtig
innsettende effekt!**

Monoket OD "Pharmacia & Upjohn"

Nitropreparat.
ATC-nr.: 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), titandoksid (E 171).

Indikasjoner: Profylakse mot angina pectoris.

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

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Uvelhetsfølelse, Sirkulatoriske: Takykardi, hypotoni. Øvrige: Hodepine, svimmelhet, «flushings». Mindre hyppige: Gastrointestinale: Brekninger, diaré, Sjeldne (<1/1000): Øvrige: Besvimelse. En blodtrykksenkning 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 ubalanisert ventilasjon/perfusjon pga. lungesykdommer eller iskemisk hjertefall skal behandles med særskilt forsiktighet. Hos pasienter med angina pectoris, hjerteinfarkt eller cerebral ischemi kan nitrater forverre balansen mellom ventilasjon/perfusjon og føre til nedgang i arterielt partelt oksygentrykk. Nitrater kan gi blodtrykksfall og kraftig reduksjon av minuttvolumet hos

pasienter med aortastenose og mitralstenose. Brukes med forsiktighet til pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon pga. redusert eliminasjon 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/medtrapping bør unngås pga. risiko for angina pectoris-antall 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. reproduksjonsstøtskiske 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 trykkløse antidepressiva og alkohol kan den blodtrykksenkende effekten potenseres av isosorbidmononitrat. Isosorbidmononitrat kan øke biotilgjengeligheten av dihydroergotamin. Hos pasienter med koronar artersykdom kan dihydroergotamin antagonisere effekten av isosorbidmononitrat og føre til koronar vaskokonstriksjon. Muligheten for at inntak av acetylsalisylsyre og NSAID kan redusere effekten av isosorbidmononitrat kan ikke utelukkes.

Se interaksjonstabellen i Felleskatalog 1999. (1,57e glyserotrintrat)

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. Oksygentilførsel. For øvrig vanlig generell behandling. Se kapittel Behandling av akutte forgiftninger i Felleskatalog 1999. (F: 94d metylenblått)

Pakninger og priser pr. 1.1. 2000:
Depotkapsler: 25 mg Enpac: 14 stk. kr. 65,50.
98 stk. kr. 250,75. 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. 599,60.

T:12 Reseptgruppe C.

Dato: 15.2.2000



Pharmacia
& Upjohn

Logistikk på legekantoret

Bjørn Otterlei

Cand mag (samfunnsfag)
1984.

Cand med 1990.

Allmenpraktiker siden
1992, arbeider i gruppe-
praksis i Molde sentrum.
Bedriftslege siden 1994,
vært med i etableringen av
interkommunal bedrifts-
helsetjeneste.

Logistikk handler om «vareflyt». I en produksjonsbedrift er det viktig at man ikke bryter produksjonskjeden, enten ved at man går tom for vitale deler, eller at man mangler andre ressurser, f.eks. energi eller personell. Man må unngå store varelager som binder mye kapital, men må hele tiden ha oversikt over at man har tilstrekkelig av de nødvendige delene for at produksjonen ikke skal stoppe opp. Bedriftene har ansatte som bare arbeider med dette, logistikken i bedriften. Gjennom bedriftshelsetjeneste har jeg fått et visst innblikk i produksjonsbedrifters utfordring på dette området. I én bedrift produseres dumpere, og der hjelper det lite at man har nok mekanikere, montører, sveisere eller lakkerere dersom man får produksjonsstopp fordi delelageret gikk tomt for en pakning som må på plass før resten av monteringen kan fortsette. Selv en kortvarig produksjonsstans får ikke bare økonomiske konsekvenser, men kan forplante seg ved at den forsinker produksjonen av neste dumper. Det er derfor viktig at bedriftens logistikkavdeling sørger for at man hele tiden sikrer jevn flyt i produksjonene ved at man har oversikt over delelager og planlegger innkjøp og beregner leveringstid, og at man på personalsiden har ressurser for å tåle et normalt sykefravær.

I fiskeindustrien har de logistikkansvarlige ytterligere utfordringer ved at produktet har en begrenset holdbarhet. Man må derfor ikke bare følge produktet til varelageret, men helt til varemottaker. I denne sammenhengen blir betegnelsen vareflyt meget betegnende, når vi f.eks. tenker på produksjon og levering av laks til Syd-Europa. For de landbaserte fiskemottak som ennå finnes for å ta imot fersk fisk, har logistikkavdelingen enda en utfordring, nemlig at råvarene kommer i sesonger.

På legekontolet er også logistikk viktig, og da tenker jeg ikke først og fremst på at lageret av forbruksmateriell skal etterfylles jevnlig. Det kan høres reduksjonistisk ut, men i denne sammenhengen kan det være nyttig å betrakte pasienten som en «vare» og sammenligne legekontolet med en produksjonskjede. For en tid tilbake tegnet vårt legekontolet et ISDN-abonnement og investerte i en topp moderne elektronisk telefonsentral. Det var nødvendig fordi den gamle sentralen måtte skiftes ut, og det var viktig med godt utstyr fordi telefontilgjengelighet har vært et tema som generelt har vært tatt opp som et problemområde, og som leger også generelt synes det er vanskelig å finne gode løsninger på. Før vi skiftet ut vår telefonsentral var det mange som fikk opp-tattsignal når de ringte, og når de kom fram måtte de vente opp til fem minutter i kø, noen ganger lenger.

Etter at vi fikk ny sentral, ble pasientene sittende i 20-30 minutter i kø, og klagene kom straks. Hva gikk galt? Telling på forhånd har vist at det er opptil 1000 telefoner daglig som ringes mot vårt sentralbord, noen ganger opp til 1200. Vi greier å besvare opp til 200 telefoner daglig. Hva som skjer med de andre vet vi ikke helt. Noen «skaller kanskje av» fordi det er bagateller, noen ringer legevakts eller 113 fordi det haster. Andre kommer kanskje fram til et annet legekontolet, men de fleste ringer nok tilbake senere og kommer til slutt fram. Disse personene fikk tidligere opptattsignal, og skjønte at det var travelt. Med ISDN sentral ble «linjekapasitetsproblemet løst» sa leverandøren, og vi trodde på det. Det vi ikke forstod, var at vi bare forflyttet flaskehalsen til et annet sted. Så lenge vi ikke hadde flere personer til å besvare telefonen, ble pasientene stående i telefonkø, og denne køen fikk nå en svimlende kapasitet, fra tidligere maksimalt to til nå inntil 8 personer. Hvis man tenker seg at en telefonsamtale med sekretæren tar mellom 2-4 minutter, er det lett å forstå at ventetiden i telefonen ble uakseptabel.

Hvordan skulle dette problemet løses? En av medhjelperne sitter tilnærmet kontinuerlig ved telefonen og i tillegg svarer en annen medhjelper så ofte som det er anledning til det. Da burde kanskje problemet være løst ved å ansette flere sekretærer? Kanskje vi da kunne besvare 300 telefoner daglig? I så fall måtte vi ha en ny terminal og en ny arbeidsplass. Men hva ville resultatet bli? Noen henvendelser ville legesekretæren kunne løse selv. Andre henvendelser ville kreve spørsmål eller beskjed til legene. Fra før hadde vi 1-2 sekretærer som tok telefonhenvendelser som delvis resulterte i henvendelser til legen. Nå ville vi få 2-3 sekretærer som gjorde det samme. Sannsynligvis ville vi få adskillig flere henvendelser og flere beskjedlapper til legene, men ingen leger ville få bedre tid. Tvert imot. Mange har erfart at når avtaleboken er full, skjer «POST-IT-paradokset»,

nemlig at problemstillinger som ordinært krever konsultasjon, f.eks. sykemelding, henvisning til fysioterapeut, kiropraktor, attester m.v. gjøres *uten* konsultasjon. Problemstillinger som ordinært ordnes med time i avtaleboken blir små stabler av POST-IT-lapper til legene. Alt dette ordner legene i sin *usynlige tid*. Det er i hvert fall ikke mer synlig tid i avtaleboken når den er full.

De fleste kollegene har jevnlig kvelder og helger på kontolet for å få unna slike stabler med beskjeder. De løser problemet på den usynlige tiden og usynliggjør problemet for de ansvarlige. Legene blir selv ofte utpekt som de ansvarlige. Det heter seg at det er legens ansvar å være tilgjengelig, både på telefon og ved å ha nok kapasitet til konsultasjoner. Legene har en forpliktelse overfor sine pasienter, og denne forpliktelsen blir forsterket gjennom den kommende fastlegeordningen. Men når avtaleboken er full og alle øyeblikkene er brukt opp, man har tatt inn et par ekstra øyeblikk, og man har hatt telefoner til hjemmesykepleien, til apoteket og til pasienter, og det fremdeles er bunke beskjeder og enda mange som vil ha «rask time». Da er det behov for flere leger, og det ansvaret ligger på andre skuldre, men legene skjuler det ved å gjøre arbeid på usynlig tid, og de bedrar seg selv ved å tro at de har kapasitet til dette.

En enkel logistikkanalyse ville avsløre at vi ved vårt kontor har store kapasitetsproblemer, ikke bare med å besvare de telefonene som ringes mot vårt sentralbord, men å etterkomme ønskene til alle pasientene, fordi våre ressurser på alle nivå, også legekapasiteten er for lav. Det var derfor et selvbedrag å tro at flere ISDN-linjer ville løse kapasitetsproblemen på telefonen. Derfor fikk vi endret antall innkomne linjer tilbake til det antallet vi hadde før. De som kommer i telefonkøen venter som før, og mange flere får som før opptattsignal når kapasiteten er sprengt. Det forstod pasientene og kritikken stilnet (noe).

Kritikere vil nok hevde at dette er en lettvinnt måte å skyve kapasitetsproblemer videre, og legene må kunne erkjenne at dette til en viss grad er riktig. Riktignok er arbeidsdagen vår sammensatt og ofte uforutsigbar. En konsultasjon som forventes å ta 15 minutter, kan legge beslag på en time, og da vil forsinkelsen som regel forskyve resten av dagen. Tidligere var en av legens privilegier at pasientene forstod dette og respekterte det. I dag er det ikke slik i samme grad. Mange pasienter forventer at man også på et legekontolet kan treffe tiltak som reduserer uforutsigbarheten. Pasienten avbryter ofte egen arbeidsdag for å gå til legen, de organiserer barnevakt, og ikke minst er de opptatt av bilen som står på parkometer. For 5 år siden ble det rettet mye kritikk om dårlig telefontilgjengelighet, og bl.a. var vårt legekontolet nevnt i pressen. Vi gjorde derfor en undersøkelse av 200 pasienter

som ble gjentatt med 200 nye pasienter etter 6 mnd. Resultatet viste at under 20 % faktisk var misfornøyd med telefontilgjengeligheten, og at 80 % faktisk opplevde at dette ikke var noe problem. Derimot var halvparten misfornøyd med lang ventetid på venterommet før man kom inn til legen eller laboratoriet, men ingen av disse hadde klaget offentlig.

Denne enkle pasientundersøkelsen avslørte altså at et problem som fremstod som stort i media, ikke ble oppfattet som så stort blant pasientene, men at vi overhodet ikke var klar over at så mange som halvparten av pasientene gremmet seg over at de satt for lenge på venteværelset. Noen enkle tidsstudier, telling av pasienter og vurdering av kapasitet på laboratoriet viste enkelte åpenbare flaskehalser. To leger kan f.eks. ikke bruke samme skiftestue samtidig, og samme medhjelper kan ikke både assistere ved kirurgi og samtidig ta EKG. Visse konsultasjoner krever mer tid enn det kan være satt opp, og bedre innsikt i dette kunne gjøre at man tildelte mer tid til enkelte problemstillinger. Det forutsetter igjen aktiv utspørring av pasienten om problemstilling ved timebestilling. Det uforutsigbare gjør at man burde redusere antall konsultasjoner i avtaleboken i stedet for å øke.

Plutselig kan det komme en influensa epidemi. Det kan bli behov for å delta på kurs eller møter som man ikke visste om da avtaleboken ble satt opp, og man kan takle uforutsatt fravær, faktisk også sykdom, blant kollegene. Den største enkeltfaktoren ved utbrenning er at man opplever liten innflytelse på egen arbeidssituasjon. Økt forutsigbarhet vil redusere faren for utbrenning.

En viss innsikt i logistikk ville kunne hjelpe legene til å identifisere flaskehalser, øke utnyttelsen av ressursene og ikke minst definere manglende ressurser. Det ville hjelpe legene til å øke pasientflyten, redusere det uforutsigbare og synliggjøre det når kapasitetsgrensen er nådd. En slik synliggjøring er viktig både for å overleve i yrket, og for å vise sentrale myndigheter på hvilket nivå ressursene må settes inn.

Molde januar 2000

Bjørn Otterlei

(Spes. i allmennmedisin og bedriftslege)

Legekontoret

Gotfred Lies pl. 4

6413 Molde

Vi ønsker alle en god sommer!

*Minner om
Olav Rutle sitt 2. minnesymposium 31. august og 1. september
– se side 42 og 43.*

*Minner også om APLF kurset 24. og 25. august
– se side 44*



• Færre doseringer¹

ved behandling av Herpes zoster og Herpes simplex virusinfeksjoner sammenlignet med acyclovir

• Raskere smertefrihet¹

ved Herpes zoster sammenlignet med acyclovir

¹) Drugs, Valacyclovir: A Review, Nov. 1996, 52 (5): 754 - 772

GlaxoWellcome
FOR HELSE OG LIVSKVALITET

Postboks 4312 Torshov, 0402 Oslo.
Telefon: 22 58 20 00 - Telefax: 22 58 20 04

Avd. Bergen
Postboks 224 Sentrum, 5804 Bergen
Telefon: 55 54 12 80 - Telefax: 55 54 12 99

C

Valtrex "Glaxo Wellcome"
Antiviralt middel

ATC-nr.: J05A B11

TABLETTER 250 mg og 500 mg: Hver tablett inneholder: Valacyclovirhydroklorid tilsvarende valacyclovir 250 mg, resp. 500 mg, hjelpestoffer: Fargestoffer, Titandioksid (E171) og blått farvestoff (E142).

Egenskaper: Klassifisering: Valacyclovir er en valinsyreester av acyclovir, og omdannes til acyclovir etter peroral absorpsjon. Acyclovir er en spesifikk hemmer av herpesvirus med in vitro aktivitet mot herpes simplex virus (HSV) type 1 og 2 og varicella zoster virus (VZV). **Virkningsmekanisme:** Acyclovir hemmer syntesen av viralt DNA etter fosforilyering til dets trifosfat. Omdannelsen fra mono- til trifosfat skjer via cellulære kinas-er. Acyclovirtrifosfat er en nukleosidanalog som ved inkorporering i virus-DNA kompeti-tivt hemmer DNA-polymerase. Dermed termineres DNA-kjeden, og videre virusrep-likasjon blokkeres. Etablert latens i gangliene elimineres ikke, hvilket innebærer at acy-clovir ikke hindrer fremtidige residiv. I en klinisk studie var tiden til smertefrihet ved herpes zoster signifikant kortere etter behandling med valacyclovir sammenlignet med acyclovir. Median tid til smertefrihet var 38 dager ved valacyclovir-behandling mot 51 dager ved acyclovir-behandling. Effekt på smerte er kun vist hos pasienter eldre enn 50 år. **Absorpsjon:** Biotilgjengeligheten av acyclovir fra valacyclovir tabletter er ca. 54% (49-60%), det vil si 3 - 5 ganger høyere enn for peroralt acyclovir. Den systemiske eksponeringen for acyclovir ved dosering 1000 mg valacyclovir peroralt tre ganger daglig vil være dobbelt så høy som ved 800 mg acyclovir peroralt fem ganger daglig. Etter en enkelt dose på 1 g valacyclovir oppnås en gjennomsnittlig maksimal acyclovir konsentrasjon på 25,1 10,5 mol/l (5,7 2,4 g/ml) etter en mediantid på 1 time og 45 minutter. 35 min. Engangsdose på 500 mg gir en gjennomsnittlig maksimal plasmakon-sentrasjon av acyclovir på 15 3,7 mol/l (3,3 0,8 g/ml). **Proteinbinding:** Ca. 15%. **Halveringstid:** Ca. 3 timer (i plasma). **Metabolisme:** Valacyclovir omdannes til acyclovir via hydrolyse. **Utskillelse:** Utskilles i urin hovedsakelig som acyclovir og 9-CMMG. <1% av gitt dose valacyclovir gjenfinnes i urinen. **Indikasjoner:** Akutte tilfeller av Herpes zoster-infeksjoner hos pasienter med normalt immunforsvar hvor et alvorlig sykdoms-forløp kan forventes. Alvorlige infeksjoner forårsaket av Herpes simplex-virus i hud og slimhinner, inkludert primær og residiverende Herpes genitalis. Supprimerende behan-dling av Herpes genitalis hos pasienter med svært hyppige residiv. **Kontraindikasjoner:** Overfømthet overfor valacyclovir, acyclovir eller andre av preparatets innholdsstof-fer. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Generelle: Brøknings, hodepine, kvalme. Mindre hyppige: Hud: Utslett. Sjeldne (<1/1000): Generelle: Uro. Sentralnervesystemet: Forvirring, hallusinasjoner. I de kliniske studier ble hodepine og kvalme rapportert med samme frekvens etter behandling med valacyclovir som med placebo. Spontanrapporter med reversible CNS reaksjoner etter behandling med acyclovir foreligger, vanligvis hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon eller andre predisponerende faktorer. Andre bivirkninger som rapporteres sporadisk etter acyclovir behandling er: midlertidig økning av serum bilirubin og leverenzym, lett senkning av erytrocytter, leukocyter og trombo-cyter, lett økning av serumkarbamid og serumkreatinin, videre tretthet og høravfall. Kausal sammenheng med behandlingen har ikke kunne fastsettes i placebokontrollerte studier. Det er rapportert tilfeller av nyreinsuffisiens, mikroangiopatisk hemolytisk anemi og trombocytopeni hos alvorlige immunosupprimerte pasienter som har mottatt høye doser (8g daglig) valacyclovir i lengre perioder. Dette er også observert hos pasienter med samme underliggende sykdom, men som ikke har vært behandlet med valacyclovir. **Forsiktighetsregler:** Dosejustering gjennomføres hos pasienter med ned-satt nyrefunksjon pga. akkumulasjons risiko, se dosering. Eldre pasienter og pasienter med lav kreatinin clearance bør holdes godt hydrert. Den kliniske erfaring av valacy-clovir til pasienter med nedsatt leverfunksjon er begrenset. **Graviditet/Amning:** Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er util-strekkelig. Dyrestudier indikerer ikke reproduksjonstoksiske effekter. Negative resultatet fra dyrestudier betyr nødvendigvis ikke fravær av skadelige effekter på humane foster. En mindre retrospektiv studie på gravide kvinner som fikk systemisk behandling i første trimester viste ikke økt risiko for fosterskader. Bruk under graviditet bør unngås hvis ikke fordelene oppveier en mulig risiko. **Fertilitet:** Peroral administrering av valacyclovir har ikke vist påvirkning av fertiliteten hos hann- og hunnrotter. **Amning:** Den aktive substansen acyclovir går over i morsmelk fra 0,6-4,1 ganger plasmakonsentrasjonen. Det er beregnet at behandling med acyclovir 200 mg 5 ganger daglig vil kunne eksponere diende barn for en døgndose på ca. 1 mg. Preparatet bør derfor ikke brukes ved amning. **Interaksjoner:** Cimetidin og probenecid øker AUC med 20% respektive 40% for acyclovir ved å redusere renal clearance. Andre legemidler som påvirker nyrenes fysiologi kan eventuelt påvirke plasmakonsentrasjonen av acyclovir. **Dosering:** Herpes zoster infeksjoner: 2 tabletter à 500mg tre ganger daglig i 7 dager. Behandlingen bør initieres så snart som mulig etter utslettets frembrudd og senest innen 72 timer. **Alvorlige infeksjoner i hud og slimhinner forårsaket av Herpes simplex-virus:** Primærinfeksjon: En tablett à 500mg 2 ganger daglig i 5-10 dager. Residiverende infeksjon: En tablett à 500mg 2 ganger daglig i 5 dager. **Pasienter med nedsatt immunforsvar (for eksempel HIV-pasienter):** 2 tabletter à 500 mg 2 ganger daglig i 5-10 dager ved primærinfeksjon. Ved residiv: 2 tabletter à 500 mg 2 ganger daglig i 5 dager. Både ved primærinfeksjon og residiv bør behandlingen innsettes så tidlig som mulig i sykdomsforløpet, aller helst i prodromalstadiet eller når lesjonene begynner å vise seg. **Supprimerende behandling av Herpes genitalis:** Pasienter med normalt immunforsvar: En tablett à 500 mg én gang daglig. Pasienter med 10 eller flere residiv årlig kan ha ytterligere effekt ved å fordele den døgndosen på to doseringer: En tablett à 250 mg to ganger daglig. **Pasienter med moderat nedsatt immunforsvar:** En tablett à 500 mg to ganger daglig. **Pasienter med nedsatt nyrefunksjon:**

Dosering	Nyrefunksjon Kreatinin clearance (ml/min)	
	15-30	< 15
Herpes zoster	1 g 2 ganger daglig	1 g én gang daglig
Herpes simplex: Behandling av infeksjon	500 mg 2 ganger daglig	500 mg én gang daglig
Supprimerende behandling: Normalt immunforsvar	500 mg daglig fordelt på én eller to doser	250 mg daglig
Nedsatt immunforsvar	500 mg 2 ganger daglig	500 mg daglig

Til pasienter som gjennomgår regelmessig hemodialyse anbefales samme dosering som til pasienter med kreatininclearance <15 ml/min, med doseinntak etter at hver dialy-se er gjennomført. **Overdosering/Forgiftning:** Det foreligger få opplysninger om over-dosering med valacyclovir. Kontakt eventuelt Giftinformasjonssentralen. **Symptomer:** Kvalme, brøknings, eventuelt lever- og nyrepåvirkning. **Behandling:** Ved symptom-givende overdosering kan acyclovir utskilles ved hemodialyse. Ventrikkeltømming og/eller behandling med aktivt kull kan eventuelt overveies. **Forskrivningsregel:** Supprimerende behandling av genital Herpes simplex skal være instituert av spesialist i dermatovenerologi eller gynekologi. **Pakninger og priser:** Tabletter: 250 mg enpac: 60 stk. kr 902,40. 500 mg enpac: 10 stk. kr 342,20. 500 mg enpac: 30 stk. kr 902,40. 500 mg enpac: 42 stk. kr 1245,60. Felleskatalogtekst og priser av 23.02.99

Fag- og næringsutvikling, er

Om utviklingen av Norsk Elektronisk Legehåndbok



Terje Johannessen f. -51, er professor II i allmennmedisin ved NTNU. I 20 år har han arbeidet som allmennlege i Trondheim. Han har vært sterkt involvert i Gastrogruppen Trondheim, Nidaroskongressen, utviklingen av det nye medisinstudiet i Trondheim. De tre siste årene har han ledet Senter for samhandling i helsetjenesten i Sintef Unimed. Nå er han tilsatt som medisinsk direktør i Norsk Helse Informatic AS.

Hva er NEL?

Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL) er et multimedieprodukt med tekst, bilder, tegninger, video og lyd. Det er en kunnskapsbank beregnet på helsepersonell. Pasientinformasjon er en integrert del av produktet. Klinikeren skal i løpet av sekunder både kunne finne og lese informasjonen som søkes, slik at NEL kan brukes under pasientkonsultasjoner.

Førsteutgaven av NEL kom i april 99, andreutgaven i november 99 og tredjeutgaven var ferdig i april 00. Omfanget har i samme periode økt fra ca. 1600 til ca. 3000 enkeltdokumenter og illustrasjoner. NEL er fortsatt i en ekspansjonsfase.

Hvorfor lage NEL?

NEL er tenkt å skulle løse flere oppgaver. Medisinsk kunnskap har en enorm «turnover» og det er håpløst for den enkelte lege å være oppdatert på ethvert tema. Selv om de fleste av oss deltar på kurs og leser faglitteratur jevnlig, så er det et problem at ny kunnskap «fordunster» raskt og er borte når vi behøver den. Erfaringer med problembasert læring (PBL) i medisinstudiet viser at motivasjon for læring er avgjørende for at kunnskapen festner seg. Det gyldne øyeblikket for læring er når du konfronteres med et problem. Et godt strukturert elektronisk oppslagsverk kan være både et glimrende kvalitetssikrings- og læringsverktøy som gjør det mulig å «lære-mens-du-arbeider».

Den økte fokuseringen på vitenskapsbasert medisin (evidence-based medicine) står sentralt i utviklingen av NEL. Hvordan kan denne kunnskapen gjøres lett tilgjengelig for klinikeren? I en klinisk situasjon har man ikke tid til å sette seg ned og studere en systematisk oversikt i flere minutter.

NEL er utviklet for å kunne være et viktig hjelpemiddel til å nå nasjonale helsepolitiske mål. Det er en kunnskapsbank utviklet i fellesskap av eksperter og allmennmedisinere, noe som kan bedre samhandling og kvaliteten på tjenestene. Ved at flest mulig bruker det samme oppslagsverket, styrkes muligheten for å tilby befolkningen mer likeverdige helsetjenestetilbud. Bruk av den samme pasientinformasjonen i allmennpraksis og på sykehus gir mer enhetlig informasjon til pasientene.

begge deler mulig – i Norge?

Mer skriftlig informasjon til pasientene koblet med bruk av undervisningsprogrammer kan bidra til at pasienter blir mer aktive medspillere i beslutningsprosessene og kan ta større ansvar for egen helse, og undervisningen kan delegeres til ikke-leger.

Finansiering av NEL

Det første spede arbeidet med NEL startet i 1995 som en del av idéen om å skape et Senter for samhandling i helsetjenesten. Tidlig fikk vi høre at vi måtte planlegge hvordan Senteret skulle bli selvfinansierende. Etter en del sonderinger frem og tilbake ble så firmaet Norsk Helse Informatikk AS (NHI) etablert av 6 entusiastiske «amatører» (5 medisinerere) i 1996. Etter en lang dialog med Sosial- og Helsedepartementet (SHD) fikk vi sommeren 1997 en kontrakt om utviklingen av en elektronisk kunnskapsbank for helsetjenesten. Inngåelse av slike kontrakter er en viktig strategi i Departementets program for næringsutvikling i helsesektoren. I tidsperioden 1997–99 mottok vi totalt et tilskudd på 2,1 mill. kr. fra Departementet. Etter en arbeidskrevende søknadsrunde med Statens Nærings- og Distriktsutbyggingsfond (SND) fikk vi ytterligere 2,6 mill. kroner.

Frem til idag er de samlede kostnader med utviklingen av NEL ca. 20 mill. kroner. Våre totale inntekter fra salg av NEL er på ca. 1 mill. kroner. Investeringer fra private investorer har således vært en forutsetning for å nå dit vi er idag. De ansattes samlede eierinteresser i selskapet er ca. 15% og blir ytterligere redusert ettersom nye emisjoner står for døren.

Inntil ganske nylig har vi snublet oss fremover og vi har vært på stadig jakt etter investorer. Selskapets likviditet har hele tiden vært anstrengt og i perioder har det vært usikkert om vi hadde penger til lønn til de ansatte. Men vi har klart oss. Vi har vært heldige/dyktige og har fått inn tålmodige og seriøse investorer. De største eierne er idag Svensk-Norsk

Industrifond, Sintef og Telenor. De opprinnelige «amatørene» er byttet ut med et profesjonelt styre.

Kostnadskontroll

Den anstrengte økonomien har gjort det nødvendig for oss å være sparsommelige. Vi inngikk tidlig en avtale med ad Notam Gyldendal om å kunne bruke den nye læreboka i allmennmedisin som et sentralt kildeverk i forbindelse med utviklingen av førsteutgaven av NEL. Medisinstudenter, som er dyktige og rimelige, laget utkast til manuskript som redaksjonskomiteen bearbeidet videre. Vi har etablert et korps med ca. 100 fagmedarbeidere. De får tilsendt papirversjoner av manusforslagene. Alternativt kunne vi bedt de 100 om å lage manuskriptene selv. Arbeidsoppgavene for medarbeiderne ville da blitt langt mer omfattende, kostnadene definitivt mye høyere, færre ville hatt tid til å delta og produktet ville blitt langt mer heterogent. Åtte personer arbeider nå på heltid med NEL og det har vært nedlagt et betydelig antall overtidstimer. Også på data-, tegne- og filmsiden har vi leid inn studenter som ekstrahjelp.

Vi har hele tiden hatt edle hensikter om å gi ekstra økonomiske bidrag til bl.a. fagkorpsset, NSAM, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon. Men med et betydelig driftsunderskudd er vi enda langt unna å kunne gjøre det.

Markedet

NEL var i utgangspunktet et produkt beregnet på allmennleger. Det har vist seg å være tyngre å selge enn vi trodde i starten. Forklaringene til det er sikkert ulike. Mange leger har gamle maskiner uten CD-spiller. Noen er skeptiske til nye IT-produkter og de har mer enn nok med elektronisk journal. Det er også mye irritasjon blant leger over at offentlige helsemyndigheter tar for gitt at legestanden skal bære alle utgiftene knyttet til innføring av IT i helsesektoren. Man får ekstra utgifter, men få eller ingen ekstra inntekter. De fleste av oss bruker en begrenset sum penger på litteratur og bøker, og vi har fått mange reaksjoner på at pri-

sen på NEL er høy. Sannsynligvis er det slik at mange av oss sjelden bruker oppslagsverk i det kliniske arbeid og føler oss trygge på at vi bedriver god praksis - og hva skal vi da med NEL? Vi er også bortskjemte med at legemiddelindustrien støtter oss med mange gratisprodukter.

Det var overraskende da flere av våre fagmedarbeidere i sykehus kom med kommentarer om at NEL er et interessant produkt også for sykehus og spesialister. Selv om kapitlet innenfor deres egen spesialitet kanskje ikke er så nyttig, med unntak av pasientinformasjonen, så er tilgang til alle de andre kapitlene av verdi. Andre profesjoner som sykepleiere og fysioterapeuter har også sett nytte i produktet. Så heldigvis, markedet er større enn bare allmennpraksis.

Markedsføring og salg

Vi har skjönt at NEL ikke selger seg selv. Men i en nyoppstartet bedrift med lite kapital er det begrenset med ressurser til å kjøre aggressiv markedsføring. Vi kan ikke som legemiddelindustrien sende konsulenter landet rundt for å besøke legekontorene og demonstrere produktet. En demoversjon av førsteutgaven ble sendt ut til samtlige av landets legekontor, men førte ikke til noen målbar økning i salget. Vi har brukt midler på annonser, utstillinger på kurs og kongresser, faxavis og hjemmeside på Internet. Salget har økt og vi har idag ca. 600 betalende brukere. På tross av dette er det en betydelig diskrepans mellom driftskostnader og inntekter.

Konkurranse

Det er en betydelig konkurranse innenfor området kunnskapsformidling. «Alle» vil lage pasientinformasjon og formidle helseopplysninger, utvikle prosedyrepermer, lage intranett og helseportaler på Internet. De aller fleste mottar små og utilstrekkelige bevilgninger til å utføre disse svære oppgavene, men samlet brukes det likevel betydelige beløp til slikt arbeid i Norge. Legemiddelindustrien er i ferd med å bli en viktig aktør også på dette feltet, og distribuerer sine produkter gratis til legene.

Hvordan overleve?

Hva gjør vi for å overleve i påvente av at salget skal ta seg opp? Vi har flere ganger foreslått for SHD at NEL burde være et produkt som ble distribuert gratis til alt helsepersonell, mot at SHD betalte en årsavgift. Denne muligheten er fortsatt tilstede, men den offentlige kvern maler langsomt. Og det vil være innvendinger: Hvorfor skal NEL gis særbehandling? Burde ikke dette være et statlig prosjekt med offentlig finansiering og sterkere forankring til universitetene? Departementet mente nei da de innlemmet prosjektet i sitt næringsutviklingsprogram.

Internasjonalisering vil utvide markedet. Vi har demonstrert vårt produkt for skandinaviske, engelske og amerikanske miljøer. NEL-konseptet er åpenbart ganske unikt og det har et salgspotensiale ute i den store verden. Vi har et tidsvindu, andre med kapitaltilgang kan gjøre det samme som oss, men det vil ta dem 1-2 år. Det forspranget må vi utnytte. Men det er en lang vei å gå. Et slikt produkt må tilpasses landet det skal anvendes i. Det må etableres nasjonale redaksjoner og nettverk av fagmedarbeidere slik at man sikrer at hele produktet har gyldighet i de respektive land. Kjente og respekterte fagpersoner må fronte produktet. Til alt dette arbeidet kreves mer innsprøyting av kapital. Kanskje er vi naive som tror vi har en mulighet her ...

De siste årene er Internet blitt en stadig mer spennende distribusjonskanal og det gror opp nye helseportaler og Internet-selskaper. Svært mye dreier seg om posisjonering, innholdet på disse nettportalene er ikke alltid så imponerende. Vi opplever nå en pågang fra Internet-selskaper som vil ha NEL på nettet. Det skaper flere dilemma. Vi blir konkurrenter til oss selv og CD-ROM salget. Riktignok har ikke legekontor og andre helseinstitusjoner lov til å koble seg opp mot Internet fra maskiner med pasientsensitive data, men dette vil utvilsomt endres i løpet av bare måneder (jfr. Telenors ASP-løsning). Og med NEL som et Internet-produkt, hvem utgjør markedet? Man kan tenke seg NEL omgjort til én publikums- og én profesjonell helseportal. Men vi kan ikke nekte publikum å gå inn på den profesjonelle portalen, bare advare mot at dette nettstedet er beregnet på helsepersonell. Mange vil nok ønske å kunne se «legen i kortene» - blir vi da «overløpere» i forhold til våre egne? På den annen side, den tiden er forbi da vi leger hadde monopol på medisinsk kunnskap. Slike nettportaler har også mer ukebladstoff og innslag av underholdning. Hører NEL hjemme sammen med slikt stoff? Blir det for useriøst? Prostituerer vi oss selv?

Et annet dilemma er om vi skal gå sammen med et etablert nettselskap. Hvorfor ikke gå selv? Vi har substans, men mangler oppslag. Hvor lang tid tar det å få et akseptabelt antall oppslag? Hva koster markedsføringen? Hvor vanskelig blir det å få inn sponsorinntekter? Hvilke trusler ligger i en allianse med et Internet-firma når det gjelder vår redaksjonelle frihet og integritet? Hva er inntektspotensialet - alene eller sammen med en etablert portal?

Hvordan skal vi tjene penger på Internet? 'Click and pay' høres jo besnærende ut, men idag er jo det aller meste gratis. Vil folk være villige til å betale? Finnes enkle og pålitelige faktureringsordninger? Alternativet er sponsor- og reklameinntekter. Vil det besudle vårt produkt? Vil vi miste

vår troverdighet? Klarer vi å skaffe inntekter nok til at vår forretning blir lønnsom?

Hvordan bevare vår faglige integritet?

Vi har hatt samtaler med en del legemiddelfirma. NEL som helseportal på Internet er opplagt av interesse for dem. Riktignok vil de være avventende til de ser våre besøkstall. Vårt krav til samarbeid er at vår redaksjonelle uavhengighet bevares. Vi må publisere det vi og våre fagmedarbeidere bestemmer. I den grad det er mulig, skal innholdet være vitenskapsbasert. På den annen side ønsker vi industrien som en aktiv samarbeidspartner. Vi vil utfordre dem til å bidra slik at kvaliteten på totalproduktet blir høyere. De kan bidra med bilder, animasjoner, video-innslag, pasientinformasjon og gi oss tilgang til noen av frontlinjene i forskningen.

Vil vi klare å bevare vår uavhengighet i en slik allianse? Hva vil markedet si? Titter vi oss litt rundt, så er sponsorer og reklame integrert i nær sagt alt. Jfr. Utposten, Tidsskriftet og de internasjonale tidsskriftenes nettsteder. Vi mener det

skal være mulig å gjøre dette på en akseptabel måte. Som forsker med et mangeårig samarbeid med en rekke legemiddelfirma, har jeg også de aller beste erfaringer. Firmene er gjennomgående meget ryddige og respekterer forskerens/redaktørens faglige integritet. Det er like viktig for dem at det endelige produktet oppfattes som seriøst, troverdig og vitenskapsbasert.

Veien videre

Vi har snublet oss fremover og vi har slitt økonomisk. Det ser imidlertid atskillig lysere ut nå. Vi omgir oss med ivrige investorer og spennende samarbeidspartnere. Vi står ved et veiskille. Fremtiden for NEL er som et nettbasert produkt med eller uten sponsorer. Vi tror også at større åpenhet i forhold til publikums adgang til produktet blir viktig. Det finnes fallgruver, men vi mener vi vet hvor de er og prøver å styre unna dem. Vi har et kritisk korps av fagmedarbeidere og en Rådgivningsgruppe som også er på vakt. Vi har gode forutsetninger for å lykkes med å bevare produktets faglige integritet.

Utpostens skrivekurs

Om sakprosa og essay – skrivekurs for deg som ønsker å formidle ein bodskap

Formålet med kurset er at legar skal bli betre i stand til å smelta saman fagkunnskap og personleg engasjement, og gi det ei klar, enkel og presis skriftleg form som kan lesast og oppfattast av fagfolk så vel som vanlege opplyste menneske.

Målgruppe: Legar og medarbeidarar • **Kursleing:** Utposten, ved Torgeir Gilje Lid • **Kurstimar:** 9

Onsdag 1. november

0830–1000 Om sakprosa og essay, form og innhald

1000–1015 Kaffipause

1015–1200 Kva er det eg vil ha sagt? Skriveøving. Kunsten å enda opp med ein tekst som i det store og helle inneheld det ein hadde på hjartet då ein begynte å skriva

1200–1300 Olav Rutles minneføreling

1300–1400 Lunsj

1400–1430 Kulturhalvtimen

1430–1800 Samtale, vurdering av skriveøvinga: Har eg fått sagt det eg ville?

Forsøk på å utkrystallisera ein metode

1600–1615 Kaffipause

Me vil sjå nærare på den kroppslege og sjelelege tilstanden ein er i når ein skriv. Kunsten er å vera verken for anspent eller for likeglad, verken for kritisk eller for sjølvtilfreds. Eit par veker før kurset tek til, vil kursdeltakarane få høve til å førebu ulike tema som dei kan arbeida vidare med under bolken for skriveøving. Det er ein fordel om alle har med seg transportable datamaskinar.

Kurslærer: Solveig Aareskjold, forfattar og essayist

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, xinafoat, aeqv. salmeterol 50 µg og fluticason, propionat, 100 µg, resp. 250 µg og 500 µg, lactos.

Egenskaper: Klassifisering: Seretide inneholder salmeterol og flutikasonpropionat som har ulike virkningsmekanismer. Salmeterol relaksere bronkialmuskulatur og virker symptomforebyggende. Flutikasonpropionat virker antiinflammatorisk og forebygger eksaserbasjoner. **Virkningsmekanisme:** Salmeterol: Salmeterol er en selektiv langtidsvirkende 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 flutikasonpropionatreseptorkomplekset 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 hydroksynaftolinsyre 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 øket frekvens eller andre bivirkninger enn for substansene gitt hver for seg. **Rapporterte bivirkninger:** Salmeterol: Hyppige (>1/100): Palpasjoner, hodepine, tremor, muskelskrampe. Sjeldne (<1/1000): Hypokalemi, overfølsomhetsreaksjoner (utslett, ødem, angioedem), 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. Symptomgivende candidainfeksjoner kan behandles med fungicider til lokal bruk, samtidig som behandling med Seretide fortsetter. Som ved annen inhalasjonsterapi kan paradoksall 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 hjertearytmier, 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 respirasjonfunksjonen 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 tungtveiende 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. Kombinert bruk av salmeterol og flutikason skal kun brukes ved graviditet hvis fordelene oppveier en mulig risiko. **Amming:** Både salmeterol og flutikason går over i melk hos rotte. Det er ikke klarlagt om barn som ammes kan påvirkes. Preparatet bør derfor ikke brukes ved amming.

Interaksjoner: Mulighet for interaksjoner med andre substrat eller CYP 3A4-hemmere kan ikke utelukkes.

Dosering: Preparatene må brukes regelmessig, også i symptomfrie perioder, for optimal behandlingseffekt. Terapeutisk effekt av flutikason inntreffer etter 4-7 dager.

Behandlingen må kontrolleres regelmessig av lege, slik at pasienten til enhver tid får den riktige styrke Seretide. Behandlingen må ikke avsluttes brått, og dosen endres kun etter avtale med legen. Dosen justeres til man oppnår kontroll, eller lavest mulig dose som gir tilfredsstillende klinisk effekt. Dersom aktuell dosering ikke dekkes av Seretide, forskrives passende dose β -agonist og/eller kortikosteroid. **Voksne og barn over 12 år:** 1 inhalasjon (50 mikrog salmeterol og 100 mikrog flutikasonpropionat) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 1 inhalasjon (50 mikrog salmeterol og 250 mikrog flutikasonpropionat) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 1 inhalasjon (50 mikrog salmeterol og 500 mikrog flutikasonpropionat) 2 ganger daglig (morgen og kveld). **Barn 4-12 år:** 1 inhalasjon (50 mikrog salmeterol og 100 mikrog flutikasonpropionat) 2 ganger daglig (morgen og kveld). Data foreligger ikke for behandling av barn under 4 år. Det er ikke nødvendig å justere dosen ved behandling av eldre eller pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon. **Overdosering:** Det er ikke gjort studier på overdosering av Seretide. Overdosering med de enkelte substanser se nedenfor: Symptomer på overdosering av salmeterol er tremor, hodepine og takykardi. Antidot er kardioselektiv β -blokker som skal brukes med forsiktighet hos pasienter med kjent bronkospasme i anamnesen. Dersom behandling med Seretide må avbrytes p.g.a. overdosering av β -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 for 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 μ g/dose: 60 doser kr 453,60, 3x60 doser kr 1.216,50. 50/250 μ g/dose: 60 doser kr 577,60, 3x60 doser kr 1.564,10. 50/500 μ g/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

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. aeqv. salmeterol 50 µg og flutikason, propion. 100 µg, resp. 250 µg og 500 µg, lactos.

Egenskaper: Klassifisering: Seretide inneholder salmeterol og flutikasonpropionat som har ulike virkningsmekanismer. Salmeterol relaksere bronkialmuskulatur og virker symptomforebyggende. Flutikasonpropionat virker antiinflammatorisk og forebygger eksaserbasjoner. **Virkningsmekanisme:** Salmeterol: Salmeterol er en selektiv langtidsvirkende β_2 -agonist. Den bronkodilatoriske effekten inntreffer etter 10-20 minutter og varer i minst 12 timer. Flutikasonpropionat: Flutikasonpropionat har en potent antiinflammatorisk effekt i lungene. I lungevev har flutikasonpropionatreseptorkomplekset 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 hydroksynaftolinsyre 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 langtidbruk (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 øket frekvens eller andre bivirkninger enn for substansene gitt hver for seg. **Rapporterte bivirkninger:** Salmeterol: Hyppige (>1/100): Palpitasjoner, hodepine, tremor, muskelkrampe. Sjeldne (<1/1000): Hypokalemi, overfølsomhetsreaksjoner (utslett, ødem, angioedem), 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. Symptomgivende candidainfeksjoner kan behandles med fungicider til lokal bruk, samtidig som behandling med Seretide fortsetter. Som ved annen inhalasjonsterapi kan paradoksall 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 hjertearytmier, 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 respirasjonfunksjonen 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 tungtveiende 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. Kombinert bruk av salmeterol og flutikason skal kun brukes ved graviditet hvis fordelen oppveier en mulig risiko. **Amming:** Både salmeterol og flutikason går over i melk hos rotte. Det er ikke klarlagt om barn som ammes kan påvirkes. Preparatet bør derfor ikke brukes ved amming.

Interaksjoner: Mulighet for interaksjoner med andre substrat eller CYP 3A4-hemmere kan ikke utelukkes.

Dosering: Preparatene må brukes regelmessig, også i symptomfrie perioder, for optimal behandlingseffekt. Terapeutisk effekt av flutikason inntreffer etter 4-7 dager.

Behandlingen må kontrolleres regelmessig av lege, slik at pasienten til enhver tid får den riktige styrke Seretide. Behandlingen må ikke avsluttes brått, og dosen endres kun etter avtale med legen. Dosen justeres til man oppnår kontroll, eller lavest mulig dose som gir tilfredsstillende klinisk effekt. Dersom aktuell dosering ikke dekkes av Seretide, forskrives passende dose β -agonist og/eller kortikosteroid. **Voksne og barn over 12 år:** 1 inhalasjon (50 mikrog salmeterol og 100 mikrog flutikasonpropionat) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 1 inhalasjon (50 mikrog salmeterol og 250 mikrog flutikasonpropionat) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 1 inhalasjon (50 mikrog salmeterol og 500 mikrog flutikasonpropionat) 2 ganger daglig (morgen og kveld). **Barn 4-12 år:** 1 inhalasjon (50 mikrog salmeterol og 100 mikrog flutikasonpropionat) 2 ganger daglig (morgen og kveld). Data foreligger ikke for behandling av barn under 4 år. Det er ikke nødvendig å justere dosen ved behandling av eldre eller pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon. **Overdosering:** Det er ikke gjort studier på overdosering av Seretide. Overdosering med de enkelte substanser se nedenfor: Symptomer på overdosering av salmeterol er tremor, hodepine og takykardi. Antidot er kardioselektiv β -blokker som skal brukes med forsiktighet hos pasienter med kjent bronkospasme i anamnesen. Dersom behandling med Seretide må avbrytes p.g.a. overdosering av β -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 $\mu\text{g}/\text{dose}$: 60 doser kr 453,60, 3x60 doser kr 1.216,50. 50/250 $\mu\text{g}/\text{dose}$: 60 doser kr 577,60, 3x60 doser kr 1.564,10. 50/500 $\mu\text{g}/\text{dose}$: 60 doser kr 765,30, 3x60 doser kr 2.099,20.

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

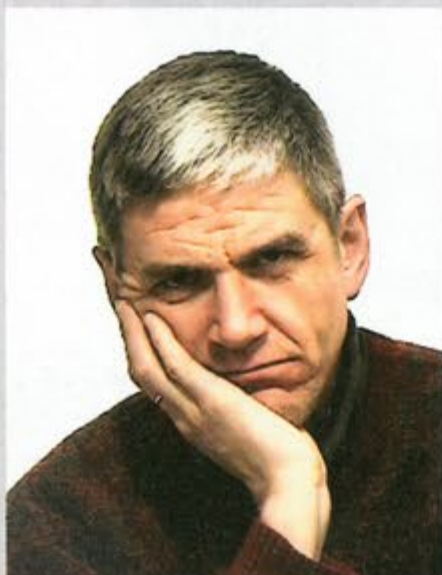
Glaxo Wellcome AS
Postboks 4312 Torshov, 0402 Oslo
Telefon: 22 58 20 00
Telefaks: 22 58 20 03
www.glaxowellcome.no

GW 01/2000

Notater fra en trett lege (III)

Av Øystein Hallre

Utposten har vært så heldig å få trykke «Notater fra en trett kollega». Dette er «reisebrev» fra en leges modige reise ut av en fastlåst situasjon som utbrent allmennpraktiker til et nytt liv som han enda ikke har skapt ferdig. Del I og II av hans notater står i Utposten 3/2000, en gang til høsten har han lovet oss del IV. Det er med ærbødighet vi trykker disse notatene, det skal mot til å skrive om sine vansker for et så stort publikum, og det mens han står midt oppe i prosessen! Vi vil takke Øystein Hallre for hans bidrag, og håper hans «reiseskildring» gir stoff til ettertanke for Utpostens lesere.



En dag i september

Jeg sitter i togkupeen og ser ut av vinduet. Ettermiddagslyset gir en egen klarhet i landskapet utenfor. Steppe og atter steppe – i hele dag. Hjulene synger i 3/4-takt «gedange dakkedakke, gedange dakkedakke, gedange dakkedakke. Her er det ingen helsveisede skinner, nei. Robust togmateriell som klokkesikkert tar meg østover og stadig østover! Jeg tar på hodetelefonene og lar Pat Methenys «Last Train Home» forsterke togets rytme. Jeg lukker øynene; et forsiktig smil brer seg over ansiktet mitt og skjuler en sitrende glede som brer seg som en frysning langsomt nedover ryggen. Jeg er på vei! Langt

vekk! Vekk fra alt! Jeg sitter på Transsibirske og passerte Uralfjellene i natt. Sibir er under toghjulene!

Hvordan behandler man en trett og utmattet doktorsjel? Det står ingen oppskrift på det i Legemiddelhåndboka. Rett etter at jeg var blitt sykemeldt følte jeg et stort behov for å flykte. Jeg fylte opp bilen med nødvendig utstyr og dro på Elin Tveits optimistiske værmelding ned til kysten – så langt jeg kunne komme. Hyret en tenåring som fraktet meg i sin båt ut til den ytterste nøkne ø og satte meg ned for å se, bare se. Utover havet. Pusten roer seg og finner rytmen sammen med dønningene. Og jeg føler meg – befridd. Det blinkende skinn fra kveldssolen finner min tilstivnede og tunge ansiktsmaske. Og jeg prøver å slippe.

Jeg hadde kontaktet Ressurssenter for Leger/Villa Sana på Modum Bad og kom dit St. Hansaften. En stor, guttaktig og godlynt psykiater møtte meg og førte meg inn i en stue og lukket døren. «Hvordan har du for tiden?» Det gikk 5 strake timer, og det var ikke han som snakket. Det var en opplevelse. Når har noen aktivt villet lytte til meg? Så lenge! Jeg husker ikke i detalj hva vi snakket om. Noen bruddstykker sitter: «...container...buffre smerte med andre...vel mye ansvar...nå trengs det å leke, gjøre det lystbetont...vær litt «tenåring» sammen med gutta dine...snakk mye med kona di...» Jeg gikk derfra med en klar følelse av at «dette var seriøst» og at «det er viktig for oss hvordan det går med deg – som person.» Jeg ante at det var et nettverk utifra på forhånd tenkte tanker som en lege i fritt fall skulle fanges opp i. Det gjorde godt for selvfølelsen.

Første måneden gikk med til å kjøle ned og stenge praksisen. Skrive de nødvendige legeerklæringer og ordne opplegg for at ikke for mange pasienter skulle komme i klemma. Derneft tok jeg en hel måned totalt ferie sammen med familien: 2 uker i Spania og 2 uker hjemme med turer i omegnen i det fine sommerværet. Hvilepulsene roet seg gradvis. Tomhetsfølelsen, trettheten og mattheten var allikevel den samme. Dette fikk jeg belyst nærmere da jeg etter søknad og avtale møtte på Villa Sana til 1 ukes kurs i august. Selve huset ga meg umiddelbart en følelse av å være ivaretatt og bli satset på. En vakker, nybygget villa i gammel stil, smakfullt og avstressende innredet. Kjøkkenet med langbord, fulle matskap og husmor. Bibliotek og stor stue med peis. 4 andre leger og en ektefelle benket seg rundt kaffebordet sammen med psykiateren og ergoterapeuten, og vi kunne gå rett på sak og beskrive trettheten fra hver vår vinkel og være helt og fullt oss selv. Det hadde aldri gått i en setting med blanding av mange ulike yrkesgrupper. Vi hadde blitt tildelt og tiltatt oss rollen som leger og de andre som pasienter. Det var usedvanlig godt å slippe dette. Pasienter var vi på sett og vis lei av! Forholdene lå godt tilrette slik at vi også styrte unna de andre pasientene på Modum. Kurset løste ikke problemet for oss, men belyste det og gjorde at vi så hvor i løypa vi lå i forhold til hverandre. Tonen mellom oss ble god og varierte fra sterkt alvor til ellevilt fjas. Oppholdet ga perspektiv til å ta fatt på veien videre.

De neste 2 månedene gjorde jeg hyggelige ting og skjemte bort meg selv. Jeg dro med far min på fisketur. Vi fikk ingenting, men vi fikk pratet om så mangt. Sov mye. Ruslet langs elve- og bekkefar og slo dovent etter myggen.

Kameratene fra gymnaset møttes på et fyr ytterst på Mørkekysten. Vi drev dybdeboring, farvannskartlegging og horisontsveiping i våre egne skjærgårder for å prøve å forstå. Og menn rundt de 50 har en del felles å snakke om: Det er en tid med problemstillinger under overskriften «Hva ble det nå egentlig til?»

Og videre: «Was nun, kleiner man»

Men fremtiden får vente. Toget kaster lange skygger utover den gullige Barabinskisletten. I natt: Novosibirsk. I morgen: Den russiske Taigaen – de enorme skogstrekningene som bølger over lange, slake åser. Det er blitt kaldere i kupeen. Vil hun sette igang det oljefyrte sentralvarmeanlegget i vogna vår i natt? Jeg drar teppet over meg og snur meg mot veggen. Skinnegangen svever under meg. Kroppen duver. Tankene løses langsomt

opp av den monotone rytmen. Den store natten sluker meg og Transsibirsk.

En dag i mars 2000

Jeg myser mot den skarpe sola. Tar av meg vottene og legger dem oppå skiene og setter meg inntil granleggen. Jeg er varm i kroppen og litt våt på ryggen. Jeg lener meg tilbake, ser opp på den blå himmelen – og teller skyer. Det er nyttig arbeid for trette leger. 3 ganger i uka siden jul har jeg gått innover i marka og satt meg et sted med utsyn for å spise matpakke og drikke kaffe. Jeg finner fram pipa jeg kjøpte som 25 åring og åpner tobakkspungen med den fine seilskuta på. På innsiden står det: «...with an exquisite flavour to create delicate taste and aroma. ...a true friend.» På utsiden står det: «RØYKING FØRER TIL HJERTE- OG KARSYKDOMMER». Jeg tenner pipa med et smil: «No danger, no fun!»

Det er rart hvordan tiden går selv om man ikke går daglig på jobb. Utover høsten er jeg husfar. Når de andre har gått, har jeg noen timer for meg selv. Når hadde jeg det sist i mitt liv? Jeg leser litt, spiller litt, rydder litt i gamle bilder. Tenker litt. Sover litt. Og når gutta kommer hjem, tar jeg imot i døra. Det kjennes godt. Hvor mange år har jeg fått oppleve dette pga mitt kjønn og den tiden vi lever i? Finnes det noen viktigere oppgave enn å åpne døren og si: «Hei. Hatt det bra?» Vi lager middag, og kjæresten min kommer litt sliten hjem og får en klem: «Har de vært snille med deg i dag? Har du vært snill med dem?»

Jeg kjenner at humøret begynner å komme tilbake – på overflaten. Jeg gleder meg mer over vanlige ting. Og Dagsrevyen kan jeg både le og stønne litt av. Ikke bare sukke stille over. For første gang på mange år gleder jeg meg til jula – feiringen, stemningen, sammenkomstene. Alle tidligere år har jeg gruet meg. Sliten etter det lange strekket fra sommeren med mye bruk av krefter, og behov for å slikke en del sår. Bunken på min venstre side som bør være unnagjort før nyttår. Og så oppkjøringa hjemme med alt fra julekort til sølvpus. Men denne jula blir god!

Jeg får ikke vikar. Mye annonsering gir bare ett napp: en eldre, polsk kirurg som har jobbet to år i Sverige. Han kommer sammen med sin kone og ser på praksisen, men ringer 2 dager seinere og sier han har fått «andra interessante oppgifter».

Jeg samler de tre deltidsansatte legesekretærene til seminar om «Hvorfor gikk det galt?». De har tenkt mye og

på kvinners vis lurt på om det var dem jeg var lei av. De sier: «...mister objektiviteten/avstanden etterhvert...gir mye av seg selv til krevende pasienter...svært krevende jobb og fritid...blir sittende med de tunge pasientene etter mislykkede runder i 2. linjetjenesten...finner ikke utløp for egne frustrasjoner...valgt rett yrke?...gruer seg til fastlegeordningen...ensom i lengden...høye idealer.» Jeg forstår at de har sett mye.

Jeg går til doktoren bare én gang i måneden. Det er jo slik det er. I starten tar han meg på slutten av dagen. Han har hatt en travel dag. Blir litt smal i øynene utover i konsultasjonen. Jeg ser det og tenker i mange plan: hold ut, det er jo min tur til å klage nå. Samtidig tenker jeg at jeg ikke må plage han for mye. Men det at han mobiliserer for å møte meg, gjør meg veldig godt. Han er der og slipper meg ikke. En periode kommer jeg oftere. Da går vi gjennom flere av de situasjonene som har tynget meg spesielt: der jeg har tatt feil, der jeg har nølt, der jeg ikke har sikret meg godt nok, der tragedien har vært uvanlig stor, der ulven har sprengt seg gjennom fåreklærne og skremt vettet av meg og pasienten, der min solide vurdering ikke har hatt gjennomslagskraft i maktens korridorer, der prustinga fra håpløsmyra har lagt seg som en knyttneve rundt hjertet mitt. Overlege Ræder hadde så rett: «Det er'ke lett å være doktor!»

Jeg føler allikevel at at jeg henger i løse lufta. Det skjer liksom så lite på det indre plan. Legen inni meg sover og lar seg ikke vekke. Hvor lenge vil dette vare? I november er jeg påny til en samtale ved Ressurssenteret for leger på Modum. Jeg skjønner at jeg vil og må gå til psykiater. Det blir ordnet med en eldre psykiater langt vekk fra mitt distrikt. Det nærmeste psykiatriske senteret ville være dødfødt. De er jo folk jeg til daglig samhandler med. Jeg får tilbud om et års psykoterapi: en samtale på 45 min i uken. Jeg slår til med en gang. Jeg føler stort behov for et eldre, vettugt menneske å snakke med. For jeg har mye å snakke om etter å ha lyttet i 20 år! Jeg ønsker å rydde bordet, hive gammelt skrot og bygge et nytt stativ som tankene mine kan klatre inn i framtida på. En framtid jeg ikke har villet se inn i de siste 10 årene – spesialist på forfallet som jeg er.

Og det gjør meg godt å reise vekk den formiddagen i uken og sette meg ned hos psykiateren som vennlig bretter henden e ut til siden og dermed tilkjennegir at jeg kan begynne å fortelle. Jeg lurte noen ganger på forhånd på om jeg har noe å snakke om. Psykiaterens invitt gjør det alltid slutt på luringa. Vi setter igang straks etter nyttår.

Samtidig friskmeldes jeg 50 % for å prøve meg i praksisen. Lyset er tilbake i pæra, men det er uvisst hvor mye strøm det er på batteriet. De første 8 ukene har jeg vondt i magen hver eneste arbeidsdag. Jeg går ikke med lyst, men for å dra igang et maskineri og se hva det fører med seg. Jeg gjør en liten registrering. Har en lapp under skriveunderlaget hvor jeg noterer hvordan det føles å møte hver enkelt pasient. Dels er det situasjonen de presenterer, dels er det personen de er som preger konsultasjonen. Det blir følgende 3 kategorier:

20 % positive opplevelser: godt, hyggelig, direkte stimulerende.

45 % nøytralt: greit, uproblematisk, følelse av å være god doktor.

35 % negativt: pinlig, strevsomt, deprimerende, blytungt, håpløst, plagsomt.

Det gir litt å tenke på. Denne plagsomme 1/3-delen er nok lett å takle i starten av en karriere. Men den gjør inntrykk og lager avleiringer med årene.

Jeg hadde planer før jul om å utrede alle mine framtidsmuligheter grundig for virkelig å kunne velge en ny kurs. Men dagene går på umerkelig vis, og jeg skyver hele prosessen foran meg. Jeg vil heller gå på ski. Bygge meg opp fysisk. Skjebnen vil at kjæresten min blir 50 % sykemeldt pga prolaps og trenger til fysisk oppbygging. Vi søker Markas indre i lag, mens Oppveksttjenesten ser til gutta våre. Det er utrolige mange solfylte dager denne vinteren. Og jeg driver effektiv lysbehandling med noggå attåt: frisk luft, vakre synsinntrykk og bedre kondisjon. Jeg tenker ofte: så herlig! Jeg vet at omkvedet for et år siden var ofte: så jævlig!

Og så vil de at doktoren skal ha personlig ansvar for at listepasientene kommer til lege 52 uker i året!! Jeg kjenner det snører seg i halsen. Hva vil de med meg?

Jeg puster dypt ut. Banker pipa mot skistøvlen. Krøller matpapiret, skrur korken på termosen og legger alt i sekken. Det er høy sol. Snøen bærer overalt. Langt borte ser jeg innsjøen og i horisonten stikker tre fjellområder sine hvite tenner opp mot en klar og blå himmel. Jeg får gå hjem og åpne døren når gutta kommer fra skolen. Hva skal det bli med faren deres? Svigermor var klar i sin første reaksjon: «Husk, du har to sønner!»

Hilsen Øystein Hallre

NY GIV!

NSAM inviterer til tenkedugnad

Norsk allmennmedisin er under debatt. Vi trenger møteplasser for å diskutere faget, og vi trenger kontinuitet i diskusjonen. Alle gode krefter i fagmiljøene må delta, målet må være å samle oss om noen kjernepunkter som utgjør en beskrivelse av faget. NSAMs viktigste oppgave i inneværende styreperiode er å skape rom og tid for en tenkedugnad i form av en serie møteplasser og en skrivestafett. Prosessen er forsøkt billedliggjort i figur 1. Sirkelen indikerer at dette ikke er et løp med en begynnelse og en slutt, men en kontinuerlig prosess som går opp i en spiral. Dugnaden tar sikte på å legge regien for et avgrenset tidsrom av denne prosessen. Hver møteplass kan tenkes å gi en eller flere overskrifter å jobbe videre med. Temaet for neste møteplass gir seg ut fra diskusjonen på den forrige, og derfor har vi så langt bare bestemt tema for høstens møteplass. Mellom de konkrete møteplassene har vi skrivestafetten som binder prosessen sammen og påvirker både temavalg og innhold på de neste etappene. Et foreløpig endepunkt er en artikkelsamling.

Hva vil vi oppnå?

Faget allmennmedisin trenger en beskrivelse som gir

- faglig identitet / trygghet for allmennlegene
- utgangspunkt for å planlegge og gjennomføre grunn, videre og etterutdanning (hva slags kunnskap og hva slags kompetanse trengs?)
- avgrensning av ansvar overfor andre tjenesteytere
- et bilde av realistiske forventninger overfor pasientene/samfunnet
- et utgangspunkt for å beskytte befolkningen mot ukritisk anvendelse av medisinsk teknologi

Møteplassene:

1. **NSAM-seminaret i Svolvær i april 2000** var første etappe. Seminaret tittel var «Fastlege uten grenser – skal det være no mer før vi stenger?»
2. **NSAMs høstemøte, Vetre kurs- og konferansesenter i Asker 15. september.** Program og mulighet for påmelding følger i neste medlemsbrev fra NSAM medio juni 2000. Det annonseres forøvrig i UTPOSTENs neste nummer, samt i «Tidsskriftet». Tema: rolleforståelse og rolleidentitet.
3. **NSAM-seminaret 2001, i Alversund ved Bergen 28.-30. mars.** Temaet bestemmes etter referansegruppeseminar i september d.å.

4. **Seminar i samarbeid med Norsk trygdemedisinsk forening våren 2001, «Om den trygdemedisinske sakkyn-dighetsoppgaven».** Tid, sted og program annonseres senere.

Heldagshøring under **Nidaroskongressen 2001**

5. **Nordisk kongress i Trondheim 12.-14 juni 2002**

Vi ønsker primært å mobilisere allmennmedisinske kolleger, men også kolleger i andre deler av helsetjenesten, representanter for ulike avdelinger og organisasjonsledd i Legeforeningen, samt beslutningstakere; -byråkrater og politikere.

Skrivestafett

Parallellt med denne møteserien ønsker vi å initiere en skrivestafett som følger utviklingen i tenkedugnaden og reflekterer det som skjer på og mellom møteplassene. Avspark gis med denne artikkelen og Harald Kamps bidrag i dette nummer av UTPOSTEN. Vi tenker oss at artiklene skal bygge på hverandre, slik at hvert bidrag kun kan skrives etter det foregående. Vi har utfordret gode noen penner fra ulike deler av landet til å delta i starten av denne (ut)vekslingen, men ser stafetten som en åpen prosess, og håper at mange vil la seg friste til å delta.

Artikkelsamling

Vi ønsker å samle de forberedte innleggene fra kurs og seminarer i møteserien i skriftlig form. Sammen med innleggene i skrivestafetten ser vi for oss en artikkelsamling som speiler tenkemåten i faget drøye tyve år etter «Grønnboka»-«Tanker om morgendagens primærhelsetjeneste» som kom i 1978 og som har vært et referansedokument lenge. Premissene for faget er betydelig endret siden den gang, nå trenger vi en ny beskrivelse - «state of the art».

Hvor er vi i prosessen nå?

Årets NSAM-seminar utgjorde avsparket for dugnaden. Temaet var allmennmedisinen i en fastlegeordning. Det var relativt åpent hva som skulle komme ut av kurset, og programmet spente over et vidt felt. Legens forhold til egen rolle, på individplan og i samfunnet, var gjennomgangstema. Vi diskuterte også Normaltariffens påvirkning av innholdet i faget slik det faktisk utøves. Samhandling i helsetjenesten, i samme linje og mellom linjene, var et tema som grep inn i mange av innleggene og diskusjonene. Avgrens-



ning til samfunnsmedisinske oppgaver, og legens forskjellige oppgaver som konsulent, som koordinator og som forvalter av fellesgodene opptok oss også. Denne artikkel skal ikke påta seg å gi en utfyllende framstilling av kurset og diskusjonene. To hovedtemaer definerte seg imidlertid konkret, og arbeides videre med: (figur 1)

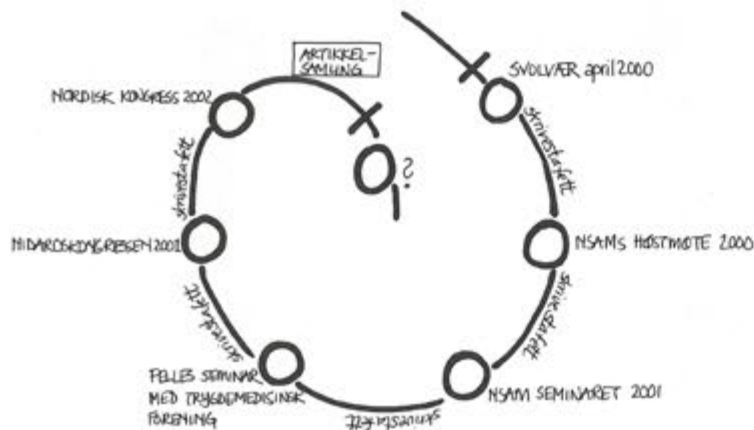
1. Sammenheng mellom avlønningssystem og fagutførelse.

Håkon Ebbing gjorde rede for takstsystemets intensjoner og konsekvenser i forhold til den faglige utførelsen. Diskusjonen som fulgte gjorde følgende klart:

Flertallet av kursdeltakerne stilte spørsmål ved om Normaltariffen

fremmer god fagutførelse. Den favoriserer «prosedyrebehandling» fremfor samtalen, den er delvis komplisert oppbygd, og er vanskelig å finne ut av om man ikke kjenner bakgrunnen for de enkelte takstene. Takstsystemet fremmer en fragmentert allmennmedisin, og satt på spissen fremmes en fagutførelse som tvinger legen til å tenke på egen lønn i flertallet av de avgjørelser som taes i løpet av en arbeidsdag.

Diskusjonen gjorde det klart for styret at tiden er kommet for at NSAM gir et faglig begrunnet, prinsipielt innspill til Forhandlingsutvalget etter hvert som nettopp Normaltariffen må tilpasses en ny organisasjonsform for allmennlegetjenesten.



Svar på Ny giv?

Kjære Anna, jeg har lest oppropet ditt – i dag er det 1.mai og da passer det jo bra med slike formuleringer...

«Vi trenger diskusjonen. Det er bare vi som utøver faget som til syvende og sist kan definere hva som er allmennmedisinske oppgaver, og hvordan de skal sikres utført på en måte som er god nok. Dugnadssåden som bygget faget har vært fraværende en stund. Tiden er kommet for å mobilisere den påny. Skal resultatet bli godt og troverdig, må vi være mange som bidrar.

NSAM ønsker velkommen med på ferden og tror vi er på farbar vei. Det er vårt fag! Jeg sitter ved mitt panoramavinduet i legeboligen på Lurøy, har vakt for 2250 mennesker som bor på mange øyer, det er nydelig vær, ambulansebåten kommer snart til å skysse meg gjennom skjærgården. Folk setter stor pris på at doktoren kommer... jeg er lege nr.60 siden 1990. Pasientene er glade for at det kommer en lege som snakker norsk.

Å utøve sitt fag på en måte som er god nok...

Ja, det har jeg tro på – god nok er noe annet enn best mulig. Vi skal ikke gjøre alt som lar seg gjøre. En slik grunnholdning beskytter mennesker for meningsløs anvendelse av medisinsk teknikk.

Tiden er kommet for å mobilisere den påny.

Dette uttrykket skaper mange negative bilder hos meg, som også Kjell Mages «verdimobilisering» gjorde, da han kunngjorde sin kommisjon. Nei, vi skal ikke ut i den store krigen, vi skal ikke samle troppene til angrep. Her ute ved Helgelandskysten er de farbare veiene smale, det er mest hav. Da vi hadde utflykten vår til Henningsvær i april under NSAM-kurset i Nyvågar, så vi alle disse sjarkene som

deltok i Lofotfisket. De passer bedre med mitt bilde av allmennmedisinen. Mange ulike farkoster, nye og gamle, lette å manøvrere, som holder seg til en mengde avtalte regler, men har alle sine egne knep... en imponerende flåte.

Det er bare vi som utøver faget som til syvende og sist kan definere hva som er allmennmedisinske oppgaver...

Jeg er i tvil, Anna. Jeg mener at kjernen i vårt fag er relasjonen mellom legen og pasienten. Det er denne relasjonen som definerer faget. Vi er i alle fall to om det – om vi liker det eller ikke.

Hvis vi først ser på pasientene

De har endret seg gjennom de siste tiårene. De har blitt vant til kvelds åpne butikker, de venter service og korte

Målet må være et avlønningssystem som er helhetlig og tuffet på allmennmedisinsk tankegang og arbeidsmåte. Systemet bør være enkelt å bruke, honorere tidsbruk og oppfølging av den enkelte pasient, også den med mange og sammensatte behov. Takstsystemet bør ikke fremme bruk av medisinsk teknologi uten at teknologien er testet mot allmennmedisinsk tenkemåte og vurdert hva gjelder effekt og bivirkninger, samt ressursmessige konsekvenser. Styret i NSAM arbeider videre med å utrede spørsmålet for å komme med en prinsipiell uttalelse.

2. Behov for definisjon av allmennmedisinske kjerneområder.

Tiden er moden for å diskutere hvilke oppgaver vi ser som våre viktigste innenfor diagnostikk og behandling, og til å definere mengde og kvalitet. Dette er et stort tema, og krever først og fremst en grunnleggende gjennomgang av allmennlegens ulike roller. Følg med i skrivestafetten, dette emnet belyses nærmere i neste vekslings.

ventetider, de finner fram siste nytt om sine sykdommer – vi trenger hjelp fra sosiologer og antropologer for å forstå alle disse endringene. Men: vi kan også fortsette å være undrende, lyttende – for å oppdage at disse menneskene lever ganske så forskjellige liv med ulike mestringsstrategier – for å oppleve at det her vår kunnskap ligger: å ha lyttet til så mye menneskelig mangfold.

Eller legene

De har endret seg ganske så mye de også. De er blitt mange flere, de er blitt klokere hoder, som forvalter stadig mer viten og vi trenger matematiske modeller for å sortere denne kunnskapen. Og de har fått barn som kan bli syke og som trenger far hjemme.

Og: de er fortsatt meget ulike – noen liker seg i byen, noen liker å kjøre båt. Begge – legen og pasienten har noe til felles – begge ønsker å definere innholdet i lege-pasient-relasjonen – begge ønsker å oppleve autonomi.

Og så er det en rekke aktører rundt pasienten og legen – som truer auto-

nomien i denne relasjonen og som ønsker å definere sine forventninger: med lover og forskrifter, reklame, smøring, skremselspropaganda, faglige retningslinjer eller terapianbefalinger.

Mitt viktigste budskap: før vi går i clinch med Helsetilsynet, legemiddelindustrien, spesialistene, Rikstrygdeverket eller Dagbladet må vi hente vår styrke og selvbevissthet i fagets kjerne: selve lege-pasient-relasjonen.

Det er derfor jeg er tilhenger av fastlegereformen. Det er derfor jeg ønsker meg en allmennmedisinsk teori som beskriver, hva som skjer i denne relasjonen. Det er derfor jeg forventer at allmennlegene skaffer seg veiledning: når sentrifugen kontrolleres av el-tilsynet, bør også legen ha anledning til å bli «kvalitetssikret». Og derfor hilser jeg også alle tiltak velkommen som styrker pasientens deltakelse i denne dialogen. Kloge og sterke pasienter lar seg ikke så lett forføre av verken Dagbladet eller legene.

Neste etappe

Roller og rolleforståelse blir også tema for neste møteplass, NSAMs høstmøte. Vi vil beskrive allmennlegens roller i komplementaritet med pasientrollen, og la de to sett av roller speile seg i hverandre. Tittelen på seminaret blir dermed «Pasienten og legen bytter visittkort». Programmet blir annonsert i neste nummer av UTPOSTEN og i NSAMs medlemsbrev i juni. Følg med!

Avslutning

Vi trenger diskusjonen. Det er bare vi som utøver faget som til syvende og sist kan definere hva som er allmennmedisinske oppgaver, og hvordan de skal sikres utført på en måte som er god nok. Dugnadsånden som bygget faget har vært fraværende en stund. Tiden er kommet for å mobilisere den påny. Skal resultatet bli godt og troverdig, må vi være mange som bidrar. NSAM ønsker velkommen med på ferden og tror vi er på farbar vei. Det er vårt fag- ny giv!

Anna Staudal, Leder av NSAM

Dugnadsånden, som bygget faget, har vært fraværende en stund.

Jeg vet ikke – kanskje vi har gått glipp av en mengde dugnader rundt om i landet. Jeg gleder meg over at du lanserer dugnad som strategi – en skikkelig motstrategi i all markedenkning. For øvrig minnet Ole Berg i Nyvågar oss om at markedet forutsetter utroskap – da blir også fastlegeordningen en skikkelig motstrategi.

Kjære Anna,

«ha det gøy» rådet psykiater Dag Lunde oss i Nyvågar – å kunne glede seg til neste samtale, til neste innblikk i et utfordrende liv – det må være allmennlegenes styrke og rekrutteringsstrategi. Diskusjonen om faget vårt må føres i all offentlighet – altså: fortsatt å samle troppene dine, gi startskuddet til den allmennmedisinske flåten – det finnes mye spennende utpå havet og det gjør ingenting om vi skaper litt bølger.

Hilsen Harald Kamps

Vi har en god vare å selge!

Tekst og foto: Torgeir Gilje Lid



Utposten møtte Ruth Midtgarden, tidligere bydelsoverlege, nå allmennpraktiker med driftstilskudd i Stavanger, på kurs for praksislærere på Vestlandet. Våren var kommet i Ryfylke, med varm vårsol, brekende lam, brummende traktorer og en kledelig hevdlykt, og praksislærere og vordende sådanne ble i løpet av to kursdager stadig mer entusiastiske.

Utposten: *Hva fikk deg til å bli praksislærer?*

Ruth Midtgarden: Det var egentlig todelte. Jeg ønsker å gi studentene appetitt på allmennpraksis. Vi trenger nyrekruttering i dagens situasjon i faget vårt. Dessuten tenker jeg at det skal være nyttig for min praksis. Jeg føler at det gir økt arbeidsglede, og en mulighet for å pusse støv av og øke egen kunnskap. I tillegg gir det kurstimer og iblant kollegialt fellesskap med andre praksislærere, som på dette kurset.

U: *Hva kan du tilby studentene dine?*

RM: Jeg tenker at jeg har en god vare å selge. Studentene er nysgjerrige og har store forventninger. De får være med ut i virkeligheten, treffe pasienter og observere legen i arbeid til hverdags. Det gir rom for mange gode diskusjoner og refleksjoner etterpå. De får også prøvd seg selv, med sikkerhetsnett.

U: *Du har en god vare å selge, og i foredraget ditt snakket du om at studentene har noe å betale med. Hva kan studentene tilby deg?*

RM: Studenter er et unikt publikum. De lytter og ser og gjør det til en glede å vise frem. Entusiasmen deres over å få delta i det som for oss er vår hverdag, kan iblant gjøre meg nesten feststemt, en fest på hverdagskost! Studentene kan også speile det de opplever og ser hos oss på en spesiell måte. Pasienter og kolleger kan speile oss, men de er ofte preget av egne erfaringer og behov. Studentene har kunnskap og forståelse, men få erfaringer. Det gir dem en evne til å undre seg og gi oss «friske speilbilder».

U: *Hva legger du i friske speilbilder?*

RM: Det er ikke evaluerende rapporter, men spontane reaksjoner og spørsmål. De kan gripes og nyttes til refleksjon og læring for begge to. Jeg skal gi deg noen eksempler.



«At du orker å snakke med henne om dette hver måned! Er det nødvendig?»

«Det ser ut som pasientene tåler godt at du bruker pc-en i konsultasjonene. Jeg trodde det ikke gikk an.»

Etter en cancerkontroll: «Dine pasienter er så syke. Jeg trodde ikke så syke pasienter gikk til allmennlege, jeg trodde de bare gikk på sykehus.»

Etter en dag med hjemmesykepleien: «Du, hvorfor er det sånn at jo sykere pasienten er jo mindre er legen involvert?»

Studentene kan bli inspirert av at jeg griper speilbildene deres, og det er spennende for både student og lærer når de setter fokus på allmennmedisinens kjernetema.

U: *Det høres ut som det bare er idyll med studenter?*

RM: Nei, det er ikke bare idyll. Det er krevende og tar mye tid, bl.a. til diskusjon og refleksjon underveis. Dessuten kan det være vanskelig å holde motivasjonen deres oppe iblant under rutinekontrollene. Når studentene skal være med på kapittel 17 eller kapittel 32 i en lang og ensformig sykehistorie, kan det iblant holde hardt. Men jeg tror likevel denne siden av allmennpraksis også er viktig for studentene. Kanskje kunne de hatt nytte av en lang samtale med en kroniker etter en journalgjennomgang, evt. å skrive en uføresak etter en slik gjennomgang.

U: *Hva krever du av studentene?*

RM: Studentene har stort ansvar for egen læring. Jeg forventer at de er interesserte og deltagende. De må også lære seg datasystemet mitt nok til at de kan skrive selv. Og de må ta min praksis som den er, jeg kan ikke legge om hverdagen min for å ha studenter. Men det spennende er jo at det nettopp er hverdagen min studentene ønsker å delta i. Jeg håper at flere kolleger etterhvert vil oppdage gledene ved å være praksislærer.

UTPOSTEN *blad for allmenn- og samfunnsmedisin*

Sjøbergvn. 32 - 2050 Jessheim

Tlf. 63 97 32 22 - Fax 63 97 16 25 - E-mail rmrtove@online.no

Unn deg et eget eksemplar av UTPOSTEN. Det koster kr. 375,- pr. år!
Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn
Adresse
Poststed



Forsikringsordninger for leger

Dag Brekke (55), bedriftsoverlege i Molde siste to år etter å ha vært primærlege (alle varianter) i 25 år, fylkesoverlege for trygden i 6 år, veileder i samfunnsmedisin innimellom i 13 år (og fortsatt), sjømannsdykker- og flylege. Spesialist i samfunnsmedisin fra 1984 og allmennmedisin fra 1985. Tidligere formann i Oll, medlem av Lægeforeningens sentralstyre, spesialrådet og formann i spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin. Leder for folkehelsen 1991–97. Nå formann i Møre og Romsdal legeforening. Drømmer fortsatt om å få tegne og male. Interessen for omtalte tema ble brått vekket da jeg falt i utforløypa på Oppdal og knuste caput humeri. (Bra det nå er slutt på alle disse sponsekursene på farlige steder!)

Når fastlegeordningen blir innført vil et stort antall leger som nå er fastlønnet måtte endre status og bli selvstendig næringsdrivende. Hittil har denne gruppen hatt alle rettigheter og beskyttelse som enhver fastlønnet arbeidstager. Det nye blir skjerpede forpliktelser for seg selv og sine medarbeidere.

Redaksjonen har bedt meg gi noen råd inn i den nye situasjonen på bakgrunn av at jeg over mange år har forelest om dette tema på grunnkurs for allmennpraktikere.

Selvstendig næringsdrivende

Som selvstendig næringsdrivende er en ansvarlig for egne inntekter og utgifter, for lønn, skattetrekk, feriepengar osv for eventuelle ansatte og for leie/drift av virksomhetens lokaler. Myndighetene stiller noen formalkrav til etablering av egen næringsvirksomhet. Det er ikke plass for å omtale det nærmere her, men den enkleste måten å etablere seg som selvstendig næringsdrivende på, er å la seg registrere som enkeltmannsforetak i enhetsregisteret i Brønnøysund.

Vil du ha tilsendt gratis «etablererpakke» kan du ringe BEDIN (Narviktelefonene) nr. 800 33 840, eller bestille over internett (<http://www.bedin.no>). Her fås nødvendige skjema og tips. Lykke til!

Tidligere var etablering av praksis som aksjeselskap aktuelt, men siste års regelendringer tilsier at en ikke bør starte med det, jfr Tidsskriftet nr.5-2000 med mer.

Særskilte forsikringsbehov for leger

I det følgende er det referert til Årbok for Den norske lægeforening 1998-1999 som «Årboken». Årboken omtaler flere sentrale forsikringsordninger i kap VIII s.267ff. Senere endringer har jeg forsøkt å få med.

Temaet er ellers omtalt på Legeforeningens hjemmeside på internett (<http://www.legeforening.no>) oppslag Medlemsinformasjon.

Ytterligere opplysninger fås fra Legeforsikringen, tel. 67 83 45 20, som er Legeforeningens kontakt i Vital.

Ansvar

Legelovens §5 pålegger leger å stille sikkerhet for det ansvar hun kan pådra seg i sin virksomhet etter departementets nærmere bestemmelse. Denne forsikring er obligatorisk for alle som vil utøve legevirksomhet. Årboken s.273.

Legeforeningen har inngått kollektiv avtale med forsikringsselskap som gir forsikringsdekning inntil kr.3 mill for legevirksomhet i Norden, midlertidig inntil 3 mnd i Europa, tilfeldig virksomhet i hele verden, og dekker oppreisningskrav inntil kr 100.000 (med egenandel 10%).

Premie kr. 385 pr år. Egenandel kr.6000.

Ved krav om erstatning eller skade så ta straks kontakt med selskapets skadebehandler. Start ikke egen korrespondanse med pasient eller advokat som fremmer kravet.

Dersom legen driver annen forretningsvirksomhet eller virksomhet som ikke faller inn under akseptert legevirksomhet, dekker ikke forsikringen dette og en bør forsikre seg mot ansvar for dette i særskilt avtale.

Yrkesskadeforsikring for ansatte

Legeforeningen har inngått frivillig kollektivavtale med forsikringsselskap ihht. Lov om yrkesskadeforsikring for at medlemmer av Dnlf skal kunne dekke sine arbeidsgiverforpliktelser. Denne kan også dekke legen om ønskelig.

Premie kr. 228 pr. år pr. forsikret.

Fastlønnsleger skal være dekket av sin kommunal arbeidsgiver. For legevakt har ikke alle kommuner passet på å melde inn legene.

Forsikring av næringsvirksomheten

Denne omfatter varer, inventar, løsøre, maskiner, ansvar, underslag, ran, rekonstruksjon av arkiv, avbrudd og driftstap av forskjellige grunner. Forhold til dataprogrammer og rekonstruksjon av arkiv bør presiseres særskilt.

Egenandelen er kr 5000 og premien avhengig av ønsket dekning og bosted i landet. Legeforsikringen i Vital gir nærmere opplysninger.

Sykeavbrudd

Fastlønnede leger kommer inn under de vanlige regler for sykepenger regulert i Folketrygdloven og gjennom tariffavtalene. Legevaktarbeid vil i de fleste kommuner være næringsvirksomhet, men slike mer tilfeldige legevaktinntekter vil være av begrenset omfang for en fastlønnslege og ikke bety noe i sykepengegrunnlaget.

Folketrygden yter sykepenger til selvstendig næringsdrivende med 65% av pensjonsgivende inntekt inntil 6G (6x46950) fra 16 sykedag. Frivillig tilleggstrygd kan tegnes på trygdekontoret med 65% fra 1. sykedag, eller 100% fra 1 eller 16 sykedag. Premien er rimelig så det kan lønne seg å ta en prat med trygdekontoret.

Men dette dekker på ingen måte behovet.

For den selvstendige næringsdrivende er derfor **Sykehjelp- og pensjonsordningen for leger (SOP)** viktig. Se Årboken s.267ff. Alle leger har i prinsippet rettigheter i SOP. Grunnlaget for beregning av ytelsene er brutto praksisinntekt slik det vil fremgå av selvangivelsen.

Denne gir erstatning for tapt arbeidsinntekt ved sykefravær. Det ytes både en inntektskompensasjon – sykepengedelen, og en utgiftskompensasjon – næringsdelen.

Inntektsdelen – sykepenger (legens lønn) – gir maksimal samlet yttelse fra folketrygden og SOP med 12 G, dvs 563400. Utgiftskompensasjonen (legens driftsutgifter) gis med maksimalt 40% av brutto praksisinntekt med tak på 537900.

Dette vil ikke være nok til å dekke de løpende utgiftene for en som driver fulltids praksis.

En bør derfor tegne en frivillig tilleggsforsikring. Slik frivillig tilleggsforsikring gis gjennom Vital. Størrelsen av denne beregnes ut fra det behov som en regnskapsoppstilling vil vise. Legeforsikringen er behjelpelig med å beregne forsikringsbehovet.

Premien avhenger av forsikringsdekningen, men en dekning på kr.1000 pr kalenderdag (7 dager i uken), vil koste kr.9900 pr år med 7 dagers karenstid og 6600 pr år med 14 dagers karenstid.

I motsetning til tidligere dekker også denne delvis sykemelding, 50% og mer. Det er visse sykdomsmessige begrensninger knyttet til tidligere sykdommer eller skader, psykiatri, AIDS, diabetes og hjerte-karsykdommer. Graviditet er definert ut og gir ingen dekning.

Sykdommer oppstått før forsikringen tegnes dekkes ikke. Karenstiden er 30 dager fra tegningsdato for nyoppstått sykdom eller skade. Karenstiden er ett år fra tegningsdato ved psykiatrisk sykdom og andre diffuse lidelser.

Forsikringsdekningen ubetales i inntil to år. Da opphører forsikringen av seg selv.

Den næringsdrivende lege vil altså få dekning fra

- Folketrygden
- SOP
- Frivillig sykeavbruddsforsikring

Samordningen av disse ytelsene er nærmere omtalt i Tidsskriftet nr.9-1999 idet det ble innført en endring og forbedring i forhold til Årbokens omtale fra 1.april 1999.

SOP yter også dekning ved **svangerskap og nedkomst og ved adopsjon**. Stønaden beregnes på samme måte som sykepengerne, men for å få utgiftskompensasjon må en dokumentere at det er forsøkt (f.eks annonse i Tidsskriftet) å skaffe vikar. Ved adopsjon gis dekning i 35 uker, ved nedkomst gis i 38 uker for mor og 33 uker for far. Dette er parallelt til folketrygdens regler.

Sykepengeansvaret for ansatte som må dekkes av arbeidsgiver de første 16 dagene, kan forsikres hos det lokale trygdekontoret. Denne ordningen gjelder for virksomheter med få ansatte (<10 og samlet lønnsmasse under 2 mill). Ordningen er meget gunstig og vel verdt sin årspremie.

Andre forsikringsbehov omtales ikke så som alderspensjon, barne- og etterlattepensjon fra SOP eller andre, frivillige pensjonsordninger, hus- og hjemforsikringer, reiseforsikring, gjeldsforsikring osv. Livsforsikring eller faginvaliditetsforsikring omtales heller ikke, men den som vil vite mer om disse ting kan kontakte Legeforsikringen i Vital, tlf. 67834520.

Det er mitt håp at dette ikke har tatt motet fra de fastlønnsleger som må regne med å få endret status og ansvar fra nyttår. Å sikre økonomisk trygghet for en selv, for ansatte og familie er nødvendig når en går inn i det private næringsliv. Kanskje har også de som alt er etablert fått en påminnelse ved dette.

Internkontroll og systemtilsyn – den 8. og 9. landeplage?

Av Petter Øgar, kst. helsedirektør

Internkontroll og systemtilsyn er en kilde til besvær og frustrasjon i betydelige deler av helsetjenesten, slik det bl.a. kommer til uttrykk i artikler i Utposten (1, 2) og i primærlegenes diskusjonsspalter på internett. Dette er forholdet til tross for at Helsetilsynet og fylkeslegene har drevet en ganske omfattende intern og ekstern opplæring og informasjon på dette området, bl.a. innenfor handlingsprogrammet «Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten», og ved at det er opprettet stilling for kvalitetsrådgiver ved alle fylkeslegekontorene. Er det kommunikasjonen mellom tilsynsmyndighetene og den utøvende helsetjeneste som er for dårlig? Er det metodene og det prinsipp de bygger på som ikke holder mål? Er det tilsynsmyndighetenes opplysning om og praktisering av metodene som ikke er god nok? Eller kan det være at helsetjenesten ikke har tatt problemstillingen tilstrekkelig på alvor? Jeg tror deler av svaret er å finne i alle spørsmålene, og vil drøfte noen forhold i det følgende.

Internkontroll – også et faglig styringsverktøy

Helsetjenesten er presset. Krav og forventninger er større enn ressursene som stilles til rådighet. Helsepersonell stiller gjennomgående strenge krav til seg selv både med hensyn til faglig standard og arbeidsinnsats. Helsepersonell som er i direkte kontakt med pasientene, har bare begrenset kontroll over sin egen arbeidssituasjon. Dette utgjør i sum en situasjon som både skaper motstand mot nye oppgaver og som representerer en betydelig fare for utbrenning og arbeidsmiljøproblemer.

I en slik situasjon er god ledelse avgjørende, men sørgelig undervurdert mange steder i dagens helsetjeneste. En av ledelsens viktigste oppgaver er å foreta prioriteringer og gi tydelige styringssignaler slik at de viktigste arbeidsoppgaver prioriteres og arbeidsbelastningen blir rimelig. Avhengig av virksomhetens størrelse vil disse lederoppgavene være av varierende kompleksitet og vil kreve ulik grad av ressursinnsats og styringssystem. Men en god løsning forutsetter at de ansvarlige har en klar formening om hva som er virksomhetens målsetting, hvilke oppgaver som skal prioriteres, hvordan oppgavene skal løses, hvordan man skal sikre seg at dette faktisk skjer og hva man bør gjøre om så ikke er tilfelle.

Men et slikt styringssystem for de ansvarlige av virksomheten er i prinsippet akkurat det samme som et internkontrollsystem. I prioriteringen av oppgaver forutsettes at det

som er pålagt gjennom lov og forskrift går foran andre oppgaver. Dersom man etter en optimal organisering av virksomheten mener det ikke finnes ressurser til å løse alle lovpålagte oppgaver, blir en nødt til å foreta en prioritering også mellom disse. Dersom en kommer i denne situasjonen, bør disse prioriteringene foretas på ledernivå og fortrinnsvis av den politiske ledelse.

Det må ikke underslås at utvikling av slike systemer krever ressurser. Her som ellers må ressursbruken stå i rimelig forhold til nytteverdien. Utfordringen er å utforme formåls- tjenlige internkontrollsystemer og styringssystemer tilpasset de ulike virksomheters størrelse og egenart, og som virksomhetene selv ser nytten av også i forhold til kvalitetssikring og styring av virksomheten. Her er det fortsatt mye upløyd mark.

Internkontroll er et generelt prinsipp. Gjennom systematiske tiltak skal en sikre at virksomheten planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift (myndighetskrav). Lovkravene ligger der uavhengig av internkontrollplikten. Internkontroll er bare et verktøy som skal bidra til å sikre at lovkravene etterleves. Internkontroll er pålagt overfor ulikt lovverk, bl.a. lovverk som regulerer arbeidsmiljøet og helselovgivningen. Det hersker tydeligvis fortsatt betydelig forvirring omkring dette.

Det hersker også åpenbart forvirring om kravene til dokumentasjon. Tilsynsmyndighetene må ta sin del av skylda for dette. Målet med internkontroll og andre styrings- og kvalitetssystemer er god kvalitet på tjenestene som ytes. «Permen» er ikke målet selv om en edruelig dokumentasjon tilpasset virksomhetens art og størrelse er et nødvendig virkemiddel. Viktigere er likevel de prosesser og den kultur som etableres på arbeidsstedet med hensyn til systematisk kvalitetsutvikling.

Da er vi framme ved den tredje og kanskje mest alvorlige misforståelsen knyttet til internkontroll, nemlig at internkontroll ikke har noe med faglighet å gjøre. Det viktigste myndighetskravet for all helsetjeneste er kravet til faglig forsvarlighet slik det bl.a. framgår av §25 i legeloven og kan avledes av §6-3 i kommunehelsetjenesteloven. Den viktigste oppgaven til et internkontrollsystem er å sikre at virksomheten drives faglig forsvarlig. Faglig forsvarlighet er ikke en statisk størrelse. Kontroll av kvaliteten på egne tje-

nester og sikring av faglig oppdatering vil følgelig være helt sentrale deler av internkontrollsystemet.

Hvis den forståelsen av internkontroll som her er beskrevet legges til grunn, er det vanskelig å få øye på prinsipielle motsetningsforhold mellom samfunn og tilsynsmyndigheter på den ene siden og utøvende helsetjeneste på den andre siden.

Systemtilsyn

Da Helsedirektoratet ble omorganisert og omdøpt til Statens helsetilsyn i 1994 var en av hovedbegrunnelsene at det skulle skapes et sterkt faglig uavhengig tilsynsorgan som utførte ensartede tilsyn i hele landet. Systemtilsyn ble valgt som hovedmetode for å føre tilsyn med virksomheter. I tillegg kommer individtilsynet med helsepersonell og det overordnede faglige tilsynet med helsetjenesten.

Mye arbeid er nedlagt for å utvikle systemtilsynet til en god metode. Et omfattende internt opplæringsarbeid er gjennomført for å sikre ensartet og god utførelse. Det betyr ikke at vi er kommet i mål, og fylkeslegene er minst like vanskelige å få til å gå i takt som andre deler av helsetjenesten. Slik som systemtilsynene utføres i dag, er det grunn for å hevde at de faktisk representerer en rimelig veldefinert metode. Det er i seg selv et framskritt.

Som navnet tilsier er systemtilsynene opptatt av virksomhetens systemer for å sikre kvalitet. Helsetilsynet mener denne systemfokuseringen er riktig. Dersom det avdekkes svikt i systemene, vil ansvaret for dette påhvile ledelsen. De fleste tilbakemeldingene Helsetilsynet har fått går ut på at systemtilsynene oppleves som ryddige og lærerike, men vi vet også at det finnes andre erfaringer. Dette tror vi ikke skyldes metoden, men måten den er brukt på. Tilsyn er i sin natur en form for evaluering og kommunikasjon som ikke er egalitær. Dette er i seg selv en utfordring i forhold til å få til en konstruktiv atmosfære og dialog.

En ytterligere utfordring er det at resultatene i systemtilsynenes logikk er avvik og merknader. Tilsynsrapportene har kommet ut som tannlegejournaler der bare hullene var synlige. Dette er i strid med alle pedagogiske evalueringsprinsipper og er endret slik at tilsynsrapporten i tillegg til å påpeke avvik og merknader nå også skal trekke fram positive forhold og prøve å gi et dekkende helhetsinntrykk av den tilsette virksomheten slik disse fremkommer under tilsynet.

Ved valg av tema for systemtilsyn har Helsetilsynet lagt til grunn fire hovedkriterier: nasjonal politisk interesse og prioritet, potensial for forbedring, aktualitet i alle fylker og

egnet regelverk. En hovedutfordring er å gjøre innholdet i tilsynene relevante. De må gi oss svar på det vi ønsker å vite noe om og ikke ende opp som rituelle utkvitteringer av formelt regelverk. En vurdering av selve regelverket skal også inngå som en del av systemtilsynene. Er lovverket godt nok eller er det behov for endringer?

Vi kan ikke nøye oss med å vite noe om helsetjenestens systemer eller mangel på systemer. Vi må også vite noe om resultatene. Her kan vi fortsatt bli mye bedre, og systemtilsynene må suppleres med en sterkere satsing på det vi kaller overordnet faglig tilsyn med helsetjenesten. Overordnet faglig tilsyn består i å overvåke helsetjenestens ytelser og å følge med i helsetilstanden i befolkningen, og ut fra dette vurdere behovsdekning og tilbudsutforming i forhold til befolkningens behov og nasjonale mål og prioriteringer.

Tilsynsmyndighetene bør ha kontinuerlig oppdatert oversikt og kunnskap om helsetilstanden i befolkningen, helsepersonellsituasjonen, kapasitet og kvalitet i helsetjenesten. Eksempler på hva som bør være gjenstand for tidsavgrensede vurderinger er statlige satsingsområder, områder der en mistenker svikt og områder en av andre årsaker ønsker å vite mer om. I St meld nr 26 (1999-2000) Om verdier for den norske helsetjenesta går det klart frem at man ønsker et tilsyn som kan tjene til å evaluere helsetjenesten i forhold til de endringer departementet ønsker å oppnå, ikke minst i forhold til helsepolitiske satsingsområder og prioriteringer. Dette innebærer et tilsyn som ikke bare skal ta stilling til om lovens krav er innfridd, men som også må ta stilling til om helsepolitiske mål og prioriteringer er oppnådd. Et tilsyn som tar stilling til prioriteringer og hvordan faglige standarder blir fastsatt og evaluert, vil i langt større grad tydeliggjøre de ressurs- og prioriteringsmessige konsekvenser av alle myndighetskrav helsetjenesten pålegges. Overordnet faglig tilsyn med helsetjenesten vil således være et viktig element i den løpende evaluering av helsetjenesten. Det vil i praksis ofte kunne være en evaluering av den førte helsepolitikk og stiller store krav til rolledelingen mellom fag og politikk.

Til slutt: Helsetilsynet og fylkeslegene er som den utøvende helsetjeneste i en stadig utviklings- og læringsprosess. Viktige forutsetninger for læring og forbedringer er lydhørhet og direkte, konstruktive tilbakemeldinger. Vi inviterer til dette, og er glade for at det er etablert en kontakt mellom Apf, Oll og NSAM som kan tjene som en arena for å ivareta disse formål.

Referanser

1. Reymert J. Internkontrollpermen – lag den på kurs! Utposten 2000; 29: 2-4.
2. Lundby, Ingrid Hauge. Noen etiske refleksjoner etter av fylkeslegens tilsynsbesøk på sykehjem. Utposten 2000; 29: 24-31.

ORD
OM
ORD

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!

Muskel

Ordet har latinsk opprinnelse, *musculus*, som rett og slett betyr en liten mus. Romerne hadde, utrolig nok, ikke innsikt i muskelenes funksjon. Platon og Aristoteles trodde muskulaturen var en annen form for dekke av kroppens ulike deler. Både når musklene strammes under huden og i utdissekert form har muskler mye som minner om mus, så ordets opprinnelse viser oss at livlig fantasi har bidratt til nok et ord vi idag nok synes har en pussig opprinnelse. I det greske språk har vi *mys*, som betyr både mus og muskel, mens *myo* betyr «jeg lukker» og ble særlig brukt om leppe og øyemusklatur. Vi finner denne ordbruken igjen i myocard, myometrium, myoglobulin og myotoni.



Lunger

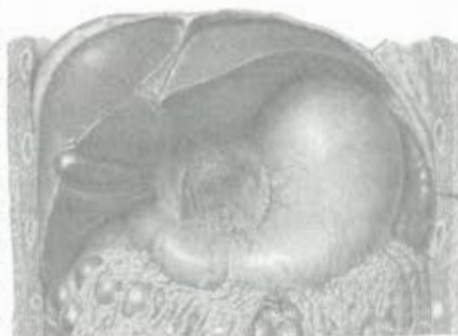
Man mener ordet kommer fra Sanskrit, *laghu*, som betyr lett, uten vekt. I nesten alle språk har ordet en opprinnelse som henpeiler på letthet.

Lever

Kroppens største viscerale organ hadde en viktig posisjon i tidligere tider, ja så viktig at man mener ordet henpeiler på å leve. På norsk og tysk er dette svært lett å se, *die Leber* og *zu leben* er jo nesten identiske ord. Etymologene er dog ikke enige om denne enkle tolkingen, ordet kan også komme av det indoeuropeiske *yeḱurt*, som via flere omskrivninger ble det greske *hepar* og latinske *jecur*. Romerne har imidlertid glemt det latinske ordet og erstattet det med det latinske adjektivet *ficatum*, som betyr «fylt med fiken». (Fiken heter forøvrig *figs* på engelsk!). Dette kan komme av at en romersk delikatesse var nettopp lever fylt med fiken. På italiensk sier man *fegato*, på spansk *higado* og på fransk *foie* når leveren skal omtales.

Leverens høye posisjon tapte seg i pakt med humoralpatologiens fallende rykte da man oppdaget at blod og lymfe ikke ble produsert i dette organet.

Midt på 1800-tallet fant en franskmann ut hvilken livsviktig funksjon leveren hadde som et «veritable laboratorium for selve livet». *La maladie de foie* har i sin tur blitt franskmennes «nasjonalsykdom» nr 1, så hva er vel da mer naturlig enn at en franskmann reoppgadet leverens livsviktige funksjon.



Jannike Reymert

Kilde: William S. Haubrich: Medical meanings.
American College of physicians, Philadelphia. 1997.

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

Internett-bibliotekar ?

Det er ikke lett å finne den informasjonen man leter etter på Internett.

Riktignok finnes det flere gode søkemotorer (<http://www.uib.no/isf/guide/search.htm>) -enkelte også med innebygget «intelligens». Problemet er allikevel at vi ved vanlige søk får tilbake så alt for store mengder informasjon og referanser, med mindre søket er gjort på en kløktig måte.

De fleste som leter etter medisinske artikler bruker Medline

(<http://www.nlm.nih.gov/databases/freemedl.html>) som har velutviklede søkesystemer. Men slik søking må læres, og som omtalt i Utposten nr 2 i år

(<http://www.uib.no/isf/utposten/2000nr2/utp00215.htm>) tilbyr Dnlf nå internettbasert kurs

(<http://lupin.legeforeningen.no>) i informasjonssøking på Internett.

Har vi etter hvert fått behov for egne internettbibliotekarer?

(<http://www.infotoday.com/ili99/presentations.htm>)

Store bedrifter og foretak ansetter folk i avdelinger hvor medarbeiderne kan henvende seg med sine informasjonsbehov som så internettbibliotekaren leter fram på nettet.

Et legekontor vil selvfølgelig ikke kunne ha en slik tjeneste alene, men det bør være marked for en slik tjeneste – enten via det etablerte biblioteksystemet i Norge (<http://www.bibsys.no>), via lærestedene / Universitetene (<http://www.odin.dep.no/kuf/publ/norut.html>), via vår fagforening (<http://www.legeforeningen.no/yf/aplf/aplf.htm>), (<http://www.uib.no/isf/nsam>) eller på fri kommersiell basis.

Det vi ser av «hjelpetilbud» vedrørende internettbruk i dag som f.eks legemiddelindustrien (<http://www.lmi.no/legemiddelinfo/legemiddelinfo.asp>) er så befengt med reklame og brukerregistreringsønsker at det ikke virker særlig tillitsvekkende. En internettbibliotekartjeneste som omtales her må være fri for alle slike koblinger og så får vi som brukere heller betale det tjenesten koster.

En internettbibliotekartjeneste vil spare oss for timevis av arbeid med informasjonssøk og avsporinger ut i ørkesløse surferanser – som fortsatt kan gi spennende overraskelser – men som i det lange løp blir for tidkrevende og trettende.

Det er mye snakk om kunstig intelligente søkemotorer, portaler og andre mekanismer for å «hjelp» informasjonssøkeren på rett vei, men så langt har ingen laget noe nærheten av hva en profesjonell internettbibliotekar kunne prestere.

Kan dette være noe å tenke på for leger med lang fartstid kunnskapsoversikt og lyst til å dra i gang et nyttig prosjekt for norske allmennpraktikere ?

*Askøy i mai 2000.
 John Leer*



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.

Overforbruk av alkohol – anamnese eller blodprøve?

Tenk deg at Helge Hansen (53) har avtalt time for blodtrykkskontroll etter at du fann 160/100 ved ein konsultasjon for dyspepsi. Etterpå ringte klokken: kan det være alkoholutløste plager? Du har tenkt å spørre han ut, men dessuten har du høyrte om prøven CDT (carbohydrate-deficient transferrin) som kan analyserast ved sjukehuset. den skal vere mykje betre enn den gamle GT, men kor mykje betre?

Dette handlar dermed om prøven sin sensitivitet og spesifisitet. Svaret bør ikkje finnast i ei tilfeldig bok, men etter metaanalysar eller ved vurdering av ei aktuell studie med pasientar med relevans for din praksis og med ein epidemiologi som til ein viss grad kan overførast. Ein sjekk i ei norsk brukarhandbok (1) gjev noko til hjelp: «Etter en ukes inntak av mer enn 50–80 g etanol pr. dag, vil CDT i serum øke. ... I litteraturen er testens sensitivitet oppgitt til mellom 0,26 og 0,94, og spesifisiteten til mellom 0,87 og 1,0. Den diagnostiske nøyaktighet for s-CDT ved diagnostikk av alkoholmisbruk er således ikke sikkert fastlagt.»

Læreboka i allmennmedisin omtalar tidlege symptom og teikn på alkoholmisbruk og gjev råd om god alkoholanamnese (2). Verken GT eller CDT blir der tilrådd brukt som test for alkoholoverforbruk. RISK-metoden (CAGE) inneheld 4 spørsmål:

- (1) Har du nokon gong drukke alkohol om morgenen, enten for å roe nervane eller for å bli kvitt bakrus.
- (2) Har du nokon gong blitt irritert fordi nokon har kritisert alkoholforbruket ditt?
- (3) Har du nokon gong vore misnøgd med deg sjølv eller hatt skuldkjennelse på grunn av alkoholforbruket ditt?
- (4) Har du nokon gong følt at du burde kutte ned på alkoholforbruket ditt?

1–2 positive svar gjev grunnlag for mistanke om alkoholproblem, med 3–4 positive svar tyder på større alkoholproblem.

CDT og CAGE-testen har no vore testa ut i ein klinisk studie ved ein medisinsk poliklinikk i England (3). 81 pasientar i alderen 20–85 år vart utspurt og testa. 13 (16% prevalens) vart definert som storforbrukarar av alkohol (>400 g alkohol/veke, tilsvarar 32 alkoholeiningar = 20 halvliter pils = 5 flasker vi = 1,5 flaske brennevin). Det vart ikkje vist data for gruppa med moderat alkoholforbruk.

Både CAGE og CDT identifiserte 9 av dei 13, sensitiviteten var altså 69% (9/13). CDT identifiserte 55 av dei «friske» rett, CAGE 65, noko som ga spesifisitet på 81% (55/68). Den positive prediksjonsverdien (PPV) vart dermed 41% for CDT-prøven og 75% for CAGE-spørsmåla. Bruker ein testane i ein situasjon med 5% pretestrisiko (screeningsituasjon), blir PPV for CDT berre 16%, men 43% for CAGE, med tanke på så høgt forbruk.

Kva kan vi så lære av dette? Min lærdom har vore at det viktigaste er å hugse på aktuelle presentasjonssymptom der alkoholforbruk kan ligge til grunn (2):

- | | |
|------------------------|----------------|
| – Dyspepsi | Kvalme/oppkast |
| – Diaré | Polyuri |
| – Impotens | Irritabilitet |
| – Hodepine | Søvnproblemer |
| – Hukommelsesproblemer | Skader |

Kliniske tegn kan også være aktuelle å vurdere:

- | | |
|----------------|--------------|
| – Tremor | Tungebelegg |
| – Pankreatitt | Stor lever |
| – GI-blødning | Hjertearytmi |
| – Hypertensjon | Infeksjoner |

Pussig sammentreff eller a missing link?

Historier
fra
virkelig-
heten

Innimellom snørrunger og vonde rygger dukker det på legevakt opp pasienter med de pussigste symptomer. Sviktende kunnskaper om sjeldne sykdommer er jo et kjent fenomen, psykiatridiagnostikk på tynt grunnlag kan da være nærliggende å ty til, men bør anvendes med varsomhet!

En romjulsdag kommer en kvinne rundt de 50 og har de siste dagene vært plaget med at synsfeltet «hopper opp og ned». Hun virker velstelt og ryddig, alkoholinntaket har vært moderat, men rett før jul opplevde hun en lekkasje av rensesoffer på det gammeldagse vaskeriet hun nylig har begynt å jobbe på. Klinisk undersøkelse viser ikke noe patologisk, sykemelding og beroligende ord om at dette sikkert går over om noen dager var min konklusjon. Men så enkelt var det ikke, symptomene vedvarte, klinisk undersøkelse var stadig uten anmerkning, og hun fikk utover våren diverse henvisninger, til yrkesmedisin, øyelege og nevrolog. Ingen fant noe, sykemeldingen varte i månedsvis. Alle forsøk på å finne en psykiatrisk årsak falt i fisk.....

Damen var blodgiver og seinhøstes ble det tilfeldigvis oppdaget en lett forhøyet senking på blodbanken, den steg og



steg, og utredningen viste en aggressiv IgA-mylomatose som hun så fikk cytostatikabehandling for.

To år har gått, myelomatosen er fortsatt i remisjon og kvinnen er i god form, hadde det bare ikke vært for synsplatene, synfeltet «hopper opp og ned» like ufortrødent. Myastenia gravis som jo har vært en differentialdiagnose (i alle fall i mitt hode) er jo en immun sykdom, så med lite kunnskap om disse sykdommers irrganger tenkte jeg at her er det jammen en sammenheng! Full av allmennpraktikere velsignede overmot ringer jeg overlegen på regionsykehuset som er vurdert å sitte inn med all den kunnskap som finnes på området (myelomatose). Han deler ingenlunde mine

filosofiske betraktninger. Han mener bestemt at det ikke er noen sammenheng mellom kvinnens to tilstander, «ja, da så...» svarer jeg slukøret og legger forsiktig på telefonrøret. Nå har jeg ikke andre forslag enn ny runde henvisninger til ovenfor nevnte spesialisister, klarer de denne gangen kan finne noe som kan hjelpe kvinnen?

Jannike Reymert

Dernest er eg blitt minna på korleis ei strukturert alkohol-anamnese kan gjerast ved nokre få, men gjennomtenkte spørsmål (2). Strukturert anamnese i form av t.d. CAGE ser ut til å vere eit klart sterkare instrument i hendene på legen enn blodprøven CDT. CDT ser ikkje ut til å vere noko gjennombrøt i tidleg identifisering av alkoholoverforbruk. Eg vil og minne om at slike testar alltid treng informert samtykke frå pasienten.

Litteratur:

1. Stakkestad JA, Åsberg A. Brukerhåndbok i klinisk kjemi. Haugesund: Akademisk fagforlag AS, 1996.
2. Johannessen A, Aasland OG. Pasienter med alkoholproblemer. I: Hunskaar S. Allmennmedisin. Oslo: AdNotam Gyldendal, 1997, pp 677-81.
3. Aithal GP, Thornes H, Dwarakanath AD, Tanner AR. Measurement of carbohydrate-deficient transferrin (CDT) in a general medical clinic: Is this test useful in assessing alcohol consumption? Alcohol-Alcohol 1998; 33: 304-9.

?RELIS

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

RELIS Sør (Rikshospitalet) tlf: 22 86 88 06

RELIS Midt-Norge (Regionsykehuset i Trondheim) tlf: 73 55 01 58

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

RELIS 5 Regionsykehuset i Tromsø tlf: 77 64 58 92

Inhalasjonssteroider i behandling av astma hos gravide

Spørsmål til RELIS

En allmennpraktiker har en gravid pasient som har astma. Hun behandles med budesonid inhalasjon. Legen lurer på om det er noen risiko forbundet med denne behandlingen.

Svar

Generelle betraktninger

Astma er i seg selv assosiert med for tidlig fødsel, lav fødselsvekt, preeklampsi og økt insidens av medfødte misdannelser (1). Det er ikke sikkert at bedre behandlet astma vil ha en gunstig effekt på disse parametrene, men diverse anbefalinger tilsier at gravide astmatikere bør behandles omtrent på samme måte som ikke-gravide (1). Det foreligger ulike studier som støtter, men ikke beviser, at god behandlet astma er assosiert med bedre utfall av svangerskapet (1).

Legemiddelinduserte fosterskadelige effekter oppstår særlig i perioden fra 4 til 10 uker etter siste menstruasjon (2). De mest brukte antastmatika (beta₂-agonister, kromoglikat, inhalasjonssteroider, ipratropbromid) er imidlertid ikke assosiert med økt perinatal risiko eller medfødte misdannelser (2,3). Imidlertid mangler som regel studier med adekvat styrke som kan bekrefte sikkerheten av de enkelte medikamentene. Teofyllin kan forverre kvalme og reflux og kan derfor være uheldig (1). Norsk legemiddelhåndbok nevner at toksiske symptomer har vært observert hos nyfødte ved bruk av teofyllin, og anbefaler at høye doser teofyllin bør unngås i svangerskapet (3). Det foreligger lite klinisk erfaring med langtidsvirkende beta₂-agonister og leukotrienantagonister (2). beta₂-agonister virker riedempende, og systemisk tilførsel kan vanskeliggjøre starten av fødselen (3). Det er imidlertid ingen holdepunkter for at dette også gjelder for inhalasjon av beta₂-agonister (4).

Kortikosteroider

Inhalasjonssteroider har vært mye brukt av gravide kvinner (5), og det er ingen holdepunkter for at bruk av disse medikamentene medfører fosterskadelige effekter (3). I en stor

case-control studie (20 830 barn med medfødte misdannelser og 35 727 kontroller) var bruk av glukokortikoider (ulike administrasjonsformer) ikke assosiert med økt forekomst av medfødte misdannelser (6). Senere fant man at systemisk bruk av glukokortikoider i første trimester var assosiert med en beskjeden økning i forekomsten av leppe-ganespalte (7-9). Den absolutte risikoen for denne typen misdannelser er a priori 1-2 promille, men er muligens økt til prosentstørrelsen ved systemisk bruk av glukokortikoider (7). I forskjellige studier er perorale kortikosteroider blitt assosiert med økt risiko for preeklampsi og lav fødselsvekt, men som nevnt ovenfor er det usikkert om dette er legemiddelinduserte effekter (1). Sammenheng med grunnlidelsen kan ikke utelukkes (1). Schatz (1) nevner at perorale kortikosteroider ikke må brukes unødvendig i svangerskapet, men bør brukes når pasientens tilstand krever det. Nyfødte må i så fall observeres for påvirkning av binyrebarkfunksjonen (10). I en nylig publisert svensk studie har man evaluert forekomsten av fødselsdefekter hos 2 014 barn av mødre som hadde brukt budesonid inhalasjon tidlig i svangerskapet (11). Studieresultatet ga ingen holdepunkter for økt forekomst av spesifikke fødselsdefekter eller fødselsdefekter generelt. For de øvrige inhalasjonssteroidene foreligger det mindre eller ingen studier (1).

Konklusjon

God astmabehandling hos gravide kan muligens føre til bedre utfall av svangerskapet. De fleste kilder anbefaler derfor at gravide astmatikere bør behandles medikamelt. Det er ingen holdepunkter for teratogene effekter av de fleste antastmatika, men adekvate studier mangler. Bruk av perorale kortikosteroider er assosiert med en beskjeden økning i forekomsten av leppe-ganespalte. Hvorvidt dette også gjelder bruk av inhalasjonssteroider er imidlertid foreløpig uklart. En klinisk studie vedrørende bruk av budesonid inhalasjon tidlig i svangerskapet viste ingen uheldige effekter på fosteret.

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

Takk til Anne Hensrud, Bardu, som lar Helge Stangnes' dikt Langtidsvarsel bevisstgjøre oss noe av den nordnorske tenkemåten. Spesielt hyggelig er det at hun sender stafettspinnen ytterligere nordover til den ytterste øy; Magerøy.

I Honningsvåg, byen ved Nordkapp, er det et yrende revy- og musikkliv, og for meg er det naturlig å velge en sangtekst til lyrikksiden. På denne måten får jeg formidlet at det ikke bare er været som er årsak til at vi blir i Finnmark.

Ivar Thomassen fra Russenes har skrevet tekst og musikk til

Det artige landet

*Æ bor i det artige landet
som både e hompat og flatt
Om sommer'n e natta som dagen
Om vinter'n e dagen som natt*

*Det' stappfullt av kjempegod plass overalt
På himmel'n der flammer det mest når det' kaldt
Der flammer det mest når det' kaldt*

*Æ bor i det artige landet
kor uvær e virkelig vær
Kor gråstein' e full utav farga
Og ved ikkje vokser på trær*

*Når folk drar på åran, først da får dem ro
Og folk dem ror fortest når motvind' e god
Ror fortest når motvind' e god*

*Æ bor i det artige landet
kor fjellet kan bade i hav
I lavlandet finner vi høyet
I høylandet vokser det lav*

*Når rein spiser lav, så kan ku spise høy
Når sauene blir lamme', da får dem det skøy
Blir lamme', da får dem det skøy*

*Æ bor i det artige landet
kor tida og tanken kan fly
Kor sola kan trille på vannet
Og bygda kan kalle sæ by*

*Det øste i vest og det syda i nord
Det artige landet ligg her kor æ bor
Det landet ligg her kor æ bor*

Stafettspinnen burde nå vært brakt sørover etter å ha vært i Nord-Norge de to siste etappene, men jeg velger å fortsatt beholde den her i sentrale strøk, og sender den videre til kommunelege 1 i Hammerfest, Anne Grethe Olsen. Som sentralstyremedlem i DNLF kan hun få æren av å ta pinnen med seg sørover når hun drar til fastlegeforhandlinger for å fortelle at det er farlig å satse på patriotisme, folkeliv og natur som eneste virkemidler for å få leger ut i distriktene.

God sommer!

Bjørn Nordang

Kommunelege Nordkapp kommune

Referanser

1. Schatz M. Asthma and pregnancy. Lancet 1999; 353: 1202-4.
2. Anonymous. Asthma in pregnancy. JAMC 1999; 161 (suppl. 11): S51-2.
3. Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell 1998-99; 563-83.
4. RELIS database 1998; sp.nr. 902, RELIS Sør.
5. Mazzotta P, Loebstein R, Koren G. Treating allergic rhinitis in pregnancy – Safety considerations. Drug Saf 1999; 20 (4): 361-75.
6. Czeizel AE, Rockenbauer M. Population-based case-control study of teratogenic potential of corticosteroids. Teratology 1997; 56 (5): 335-40.
7. Pomp E. RELIS Vest. Sp.nr. 000105, 7. januar 2000.
8. Carmichael SL, Shaw GM. Maternal corticosteroid use and risk of selected congenital anomalies. Am J Med Genet 1999; 86 (3): 242-4.
9. Rodriguez-Pinilla E, Martinez-Frias ML. Corticosteroids during pregnancy and oral clefts: a casecontrol study. Teratology 1998; 58 (1): 2-5.
10. Speight TM, Holford NHG, editors. Avery's Drug Treatment 1997; 4th ed.: 697.
11. Kallen B, Rydhstroem H, Aberg A. Congenital malformations after the use of inhaled budesonide in early pregnancy. Obstet Gynecol 1999; 93: 392-95.

Olav Rutle sitt 2.

Eit samhandlingskurs for primer-og spesialistenestene i fødselshjelp og kvinnesjukdommar

- Stad og tid:** Norsk Bremuseum, 6848 Fjærland, 31. august og 1. september 2000
(kl 1000–1800 og 0830–1700)
- Arrangør:** Kvinneklubben, Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane, 6800 Førde og Sogn og Fjordane Legeforening
- Kursleiarar:** Johan Nyhammer og Jostein Tjugum
- Målgruppe:** Allmenpraktikarar og gynekologar begge dagar + jordmødre 1. september
Lokale og nasjonale forelesarar (R. Førde, Lægeforeningen, A. Dørum, Radiumhospitalet, O. E. Iversen, Haukeland)
Eit «sosialt» kurs med festmiddag 31. august og felles naturopplevingar 2. september (fjor, fjell og bre)
- Godkjenning:** *Allmenmedisin:* 17 timar emnekurs i gynekologi til vidareutdanninga og 17 timar klinisk emnekurs til etterutdanninga.
Fødselshjelp og kvinnesjukdommar:
17 timar valfritt vidare- og etterutdanningskurs.
- Påmelding og betaling:** Påmeldingsfrist 18.06.00
Påmelding til RMR, Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim
Tlf. 63 97 32 22 Fax 63 97 16 25
E-mail: rmrtove@online.no
- Kostnader:** Kursavgift pr dag kr 450,-
Kaffe/te og lunsj pr dag kr 150,-
Festmiddag for dei som ikkje bur på Mundal Hotel kr 350,-
- Overnatting:** Påmelding snarast og direkte til:
Mundal Hotel, 6848 Fjærland. Tlf 57 69 31 01 – Fax 57 69 31 79 – E mail – Enkelt-/dobbeltrum
m/frokost og middag kr 1130,-/kr 1660,-
Bøyum Camping, 6848 Fjærland, Tlf 57 69 32 52 Fax 57 69 29 57
Kr. 490,- pr natt for hytte
- Tillegg:** Hugs påmelding til naturopplevingar laurdag 2. september
Alternativ 1: Fottur Lunde-Fjærland: 8 timars tur over fjell og bre
Familietur for dei som er i bra form, 1400 m høgdeskillnad
Alternativ 2: Besøk Den norske Bokbyen/tur i Fjærlandsområdet

Alle dagar høve til å sjå bygdekunst i Olav Rutle sin barndomsheim.

minnesymposium

Program 31. august: Emne: Underlivskreft

- 1000–1010 Opning – velkommen
- 1015–1050 Gynekologisk kreft – forekomst og prognose, årsak? *Kursleiarar Dr Iversen, gynekolog, Haukeland*
- 1055–1120 Korleis og kvifor kjem kvinner med underlivskreft til lege – korleis møter legen desse kvinnene?
Dr Lindqvist, kommunelege, Askvoll
- 1125–1140 Diagnostikk ved gynekologisk kreft – anamnese og status, labprøvar, ultralyd og røntgenundersøkingar. *Dr Tjugum, gynekolog, Førde*
- 1145–1210 Drikke og grønnsaker
- 1215–1235 Behandling ved gynekologisk kreft – korleis og kvar? *Dr Iversen*
- 1240–1250 Kontrollar av friske ferdigbehandla kreftpasientar – kvar og korleis møte desse kvinnene?
Dr Tjugum
- 1255–1310 Hjelp og råd til kreftpasientar og deira familiar, støtte og tilbod til helsepersonal
Kreftsjukepleiar Den norske Kreftforening, Omsorgsenteret i Sogn og Fjordane
- 1315–1415 Lunsj
- 1420–1445 Når behandlinga ikkje hjelper – møte med desse kvinnene – korleis gi «totalomsorg»? *Dr Lindqvist*
- 1450–1520 Arveleg kvinnekreft – stadfesting, undersøkingar, kontrollar og eventuell forebyggjande behandling.
Dr Dørum, Radiumhospitalet
- 1525–1535 Hormonbehandling – kreftrisiko. *Dr Iversen*
- 1540–1550 Gruppediskusjonar/kasustikkar
- 1555–1610 Te og kaffi
- 1615–1655 Gjennomgang av gruppearbeid
Paneldebatt, pasienthandsaming ved gynekologisk kreft. *Lindqvist, Dørum, Iversen, Førde, kreftsjukepleiar*
- 1700–1800 Minneforelesing. Open for publikum. Korleis kvalitetssikre lege – pasientmøte.
Dr Førde, Legeforeningens Forskningsinstitutt
- 2000 Middag/festsamvær, Mundal Hotel

Program 1. september: Emne: Svangerskapsomsorg

- 0830–0900 Målsettinga med svangerskapsomsorga. *Langeland, kommunejordmor, Askvoll*
- 0905–0930 Praktisk gjennomføring av svangerskapskontrollane. *Dr Ytrehus, kommunelege, Førde*
- 0935–1015 Psykososiale og etiske haldningar i svangerskapsomsorga. *Dr Førde*
- 1020–1035 Drikke og noko attåt
- 1040–1115 Allmenn diagnostikk av svangerskapskomplikasjonar/tilvisingsrutinar til spesialisthelsetenesta.
Dr Dissing Sættem, gynekolog, Førde
- 1120–1210 Gruppearbeid/kasustikkar og framlegging av dette arbeidet
- 1215–1235 Lover og foreskrifter som regulerar samhandling mellom ulike helsetenestenivå.
Fylkeslegen v/kontorsjef, Digernes
- 1240–1340 Lunsj
- 1345–1415 Permisjonstypar og – rettar isamband med svangerskap. Sjukmeldingar – andre «alternativ».
Fylkes-trygdekantoret/Dr Dissing Sættem
- 1420–1440 Transportfødslar. Råd og vurdering. *Jordmor Langeland*
- 1445–1500 Kaffi og te
- 1505–1600 Paneldebatt. *Legene Ytrehus, Langeland*
Aktørane i svangerskapsomsorga. Korleis best samhandling/ hindre dobbelarbeid «profesjonsstrid».
Dissing Sættem, Førde
- 1605–1615 Oppsummering – avslutning. *Kursleiinga*

Program APLF kurset

Legen og medarbeideren 24.–26. august 2000 Soria Moria, Oslo

Torsdag 24. august

0900–1000	Registrering og morgenkaffe
1000–1015	Velkommen, og presentasjon av målsetting for kurset og kurskomiteen
1015–1100	Spennende innledningsforedrag v/Svein Slagsvold
1100–1300	Parallelle sesjoner med: sårbehandling og reumatiske plager Sårbehandling – praktisk og fornuftig behandling av akutte og kroniske sår? v/Sverre Lundewall og medarbeidere Reumatiske plager – kroniske lidelser, hvordan kan vi håndtere dette bedre på legekontoret? v/Tore Kvien Reumatisme, somatisk presentasjon. Hvilke blodprøver er relevante og hvordan kvalitetssikre disse? Fysikalsk behandling – hvilke tilbud finnes? Hvordan kan vi på legekontoret gi enkle råd?
1300–1400	Lunsj
1400–1615	Parallelle sesjoner fortsetter.....
1500	Kaffepause

Torsdag kveld inviteres det til magedans, eventuelt afrikansk dans

Fredag 25. august

0900–1200	Vi starter dagen med parallelle sesjoner som omhandler astma/kols problematikk og kommunikasjon på legekontoret Kommunikasjon – vår største utfordring og vår beste mulighet! v/Arne Holte Astma/kols problematikk – hvordan kan vi bedre håndtere dette på legekontoret? Hva er astma? – somatisk presentasjon, hvordan kommer vi igang med «klinikk», medarbeiderens rolle, hva med fysiskalsk behandling? v/Wenke Lunde
1015	Kaffepause
1200–1400	Lunsj
1400–1700	De parallelle sesjoner fortsetter.....
1900	<i>Festmiddag med dans</i>

Lørdag 26. august

0915–1000	Legevakthåndboken v/Elisabeth Holm Hansen
1000–1100	Etiske holdepunkter knyttet til våre kontakter med den farmasøytiske industri Innledning v/Fredrik Bendiksen, Anna Stavdal og Bente Rusten
1100–1115	Diskusjon
1130–1145	Kaffepause
1145–1230	Verdier – er det noe å ta vare på? v/Geir Sverre Braut

Påmelding til: RMR kursarrangør, Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim

Tlf. 63 97 32 22 Fax 63 97 16 25

E-mail: rmrtove@online.no

Påmeldingsfrist:	20. juni 2000
Kursavgift:	Kr. 1 400,-
Hotelpri:	Kr. 780,- pr person i enkeltrom, fullpensjon Kr. 630,- pr person i dobbeltrom, fullpensjon
Obligatorisk dagpakke:	Kr. 270,- pr person pr dag, inkluderer lunsj og kaffe
Festmiddag:	Kr. 400,- pr person for ikke boende og kr. 100 pr person for boende

Hvis du ønsker hotellreservasjon, vennligst gi beskjed om ankomst og avreisedato

Vi tar forbehold om endringer i programmet.



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, aeqv. 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 -reseptorblokkade. 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 blokkade i glatt muskulatur i stroma, kapsel og blærehals. Blodtrycksendringer hos normotensive pasienter er klinisksignifikante. Effekstudier 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:** Depottablett 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. Nyelig gjennomgått hjerteinfarkt. Forholdsregler hos pasienter som allerede bruker doxazosin, og som får hjerteinfarkt, må vurderes individuelt. Tidligere gastrointestinal forsnævring, øsofagusobstruksjon eller enhver grad av redusert lumendiameter i gastrointestinaltrakts.

BIVIRKNINGER: I kontrollerte kliniske studier er de vanligst observerte bivirkningene av postural type (sjeldne 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 fra klinisk bruk men disse kan generelt ikke skjelnes fra underliggende sykdom eller symptomer som kan oppstå ved fravær av doxazosin-behandling: Takykardi, palpitasjon, brystmerter, angina pectoris, hjerteinfarkt, cerebrovaskulære hendelser, hjertearytmier og tåkesyn. I hypertensjonsstudiene var bivirkningsprofilen for depottablett tilsvarende den for konvensjonell tablett. I BPH-studiene var det totale antall bivirkninger for depottablett 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 depottablett må svelges hel. I depottablett 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 hjertesvikten før doxazosin initieres. Pasienter med behandlet hjertesvikt bør kontrolleres nøye i startfasen, med henblikk på eventuell forverring. 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: Depottablettene 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: 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.

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:	Enpac:	50 stk.:	kr	382.70
			98 stk.:	kr	1089.50
		Endos:	50 stk.:	kr	577.50
			98 stk.:	kr	

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