PARAPLYEN

TIDSSKRIFT FOR HORDALAND
OG SOGN OG FJORDANE
LEGEFORENINGER
NR.4 ÅRG.24 2014

- Snusfornuftig?
- Paraplyens videre skjebne

Infodoc Plenario

Trygt, stabilt og effektivt

- Laget for fremtiden

infodoc

Microsoft Partner
Gold Independent Software Vendor (ISV)

www.infodoc.no

Leder

Eivind Solheim
eivn@helse-bergen.no

Faste i troen...

Som alle andre leger på sykehuset, har jeg vært igjennom en ørkenvandring av vikariater og midlertidige stillinger. Når man strengt tatt aldri har skiftet jobb, er det litt uforståelig å kunne se tilbake på over 20 kortere, midlertidige stillinger. Men slik har systemet vært, og vi leger er som kjent temmelig tilpasningsdyktige. Legeforeningen med presidenten i spissen, har hatt dette som en hovedsak de siste årene, og endelig har det gitt resultater.

I årets forhandlinger ble arbeidsgiver og Legeforeningen enige om at også leger i spesialisering skal ha faste stillinger som hovedregel, på samme måte som de aller fleste andre grupper i samfunnet. Fra og med første juli skal utdanningsstillinger som utlyses være faste!

En revolusjon sammenliknet med tidligere, men veien frem har vært lang. Innad i foreningen var det lenge en sterk skepsis, men de siste årene har en samlet Legeforening jobbet for dette. Endelig er altså innsatsen blitt belønnet. Selv med faste stillinger, vil det fortsatt være mange vikariater. Også i fremtiden blir det en viktig jobb for tillitsvalgte å passe på at disse er lovlige og reelle, men jeg håper dette kan bli mer oversiktlig fremover. Det må bli slutt på vikariater av svært kort lengde, hvor man ikke reelt er noens vikar!

For LIS som tar hele sin utdannelse på store sykehus, bør det være enkelt å få faste stillinger på plass. Ved de mindre sykehusene må legene også ha tjeneste ved gruppe 1-sykehus innbakt i ansettelsen. For sykehusene i distriktene kan dette bli en fordel. Når legene har en stilling å vende tilbake til, er sannsynligheten større for at de faktisk returnerer. Faste stillinger for LIS kan bli en like stor fordel for sykehusene som for legene.

Det planlegges nå regionale løsninger. Fra tidligere er det tradisjon for at for eksempel leger fra Førde eller Stord kommer til Haukeland for sin gruppe 1-tjeneste. Men vi må ikke fjerne fleksibiliteten. Man må fortsatt kunne reise fra Hamar eller Mosjøen til Bergen, eller fra Førde til Oslo. Det er lite mobilitet blant spesialistene, og sykehusene må for det meste utdanne sine egne. Da er det ekstra viktig at legene kan få med seg ulike erfaringer på veien.

Ett viktig unntak fra regelen om faste stillinger ble slått fast i meklingen, nemlig øremerkede stillinger for allmennlegers sykehustjeneste. Dette er ekstremt viktig. I dag er det slik at allmennlegene stort sett får sin tjeneste i psykiatrien, rusmedisin og andre fag som har hatt rekrutteringsvansker. Helt klart nyttige fag, men ensidigheten er ikke gunstig verken for rekrutteringen til fagene eller den allmennmedisinske kompetansen. De siste årene har knapt noen allmennleger fått tjeneste på Haukeland i de store medisinske og kirurgiske fagfeltene. Med samhandlingsreform, kommunale akuttsenger og tidlig utskrivelse fra sykehus, er dette i ferd med å bli et stort problem. Formuleringen fra Riksmeklingsmannen kan (kanskje utilsiktet) hjelpe oss med dette?

Vi går et spennende år i møte, og jeg vil benytte anledningen til å ønske alle en god jul og et givende og godt nytt år!

Ansvarlig redaktør:
Espen Rostrup
Haukeland Universitetssykehus
Hjerteavdelingen
5021 Bergen

E-post:
espen.rostrup@me.com

Hordaland Legeforening:
Legenes hus
Kalfarveien 37, 5018 Bergen
Tlf.: 416 16 595

Leder: Eivind Solheim
Redaktør: Espen Rostrup

Sogn og Fjordane legeforening:
Leder: Leiv Erik Husabø
leiv.erik.husabo@leikanger.kommune.no

Annonser:
Cox Bergen AS
Tlf. 930 20 461
E.mail: geir.karstensen@cox.no

Grafisk Fremstilling:
Cox Bergen AS
Kong Christian Frederiksplass 3,
5006 Bergen

Trykk: Bodoni AS

Alvesco®
ciklesonid

Forbedret astmakontroll

sammenlignet med placebo[1]

1 gang daglig dosering[1]
Sopp og heshet på placebonivå[1]
Høy antiinflammatorisk effekt[1]
Ingen endring i plasmakortisol[1,2]

C **Alvesco «Takeda Nycomed»**
Kortikosteroid.

ATC-nr.: R03B A08

T **INHALASJONSAEROSOL, oppløsning** ***80 µg/dose og 160 µg/dose:*** *Hver dose inneh.:* Ciklesonid 80 µg, resp. 160 µg, norfluran, etanol. **Indikasjoner:** Behandling for å kontrollere vedvarende astma hos voksne og ungdom >12 år. **Dosering:** ***Voksne og ungdom >12 år:*** 160 µg 1 gang daglig. Maks. daglig dose er 640 µg/dag (320 µg 2 ganger daglig). For noen pasienter kan reduksjon av dosen til 80 µg 1 gang daglig være effektiv vedlikeholdsdose. Tas helst om kvelden, selv om morgendosering også har vist seg å være effektivt. Forbedring av symptomene begynner innen 24 timer etter innledet behandling. Så snart kontroll oppnås, bør dosen individualiseres og titreres til minste nødvendige dose for å opprettholde god astmakontroll. Ved alvorlig astma bør astmakontrollen vurderes regelmessig. Dersom forbruket av korttidsvirkende bronkodilatatorer må økes for å kontrollere astmasymptomene, tyder dette på dårligere astmakontroll. Vurder økt dose av inhalert ciklesonid over et kort tidsrom eller systemisk steroid. Dosejustering er ikke nødvendig hos eldre eller ved nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Pasienten må instrueres nøye i riktig bruk av inhalatoren. Inhalasjonsteknikken bør kontrolleres. ***Administrering:*** Til inhalasjon. Se pakningsvedlegget for detaljerte instruksjoner. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet utvises ved aktiv eller latent pulmonal tuberkulose, sopp-, virus- eller bakterieinfeksjoner, og gis kun dersom disse pasientene får adekvat behandling. Ikke indisert for behandling av status asthmaticus eller andre akutte astmaepisoder der intensivtiltak er nødvendig. Ikke til behandling av akutte anfall, til dette er inhalert hurtigvirkende bronkodilatator nødvendig. Systemiske bivirkninger kan forekomme, særlig dersom høye doser forskrives for lange perioder. Faren for slike bivirkninger er langt mindre ved inhalasjon enn ved peroral terapi. Mulige systemiske bivirkninger omfatter adrenal suppresjon, veksthemming hos barn og ungdom, redusert benmineraltetthet, katarakt og glaukom, og mer sjelden, ulike psykiske og atferdsrelaterte bivirkninger, inkl. psykomotorisk hyperaktivitet, søvnforstyrrelser, angst, depresjon eller aggresjon (spesielt hos barn). Ved langtidsbehandling av barn og ungdom anbefales regelmessig kontroll av høyde. Dersom veksten blir langsommere, bør dosereduksjon vurderes. Høyere eksponering hos pasienter med alvorlig leverinsuffisiens er forventet, disse pasientene skal derfor overvåkes for potensielle systemiske effekter. Bruk av inhalert ciklesonid bør minimalisere behovet for orale steroider. Pga. mulig svekket binyrebarkrespons, bør pasienter som overføres fra oralt steroid til inhalasjonsterapi følges nøye og binyrebarkfunksjonen kontrolleres jevnlig. Etter introduksjon av inhalasjonsbehandling, reduseres oral behandling gradvis. I tiden etter overføring kan pasientens normale binyrebarkrespons være svekket. Vurder tillegg av systemiske steroider ved stress, f.eks. forverring av astmaanfall, infeksjoner, kirurgiske inngrep. Overgang til inhalasjonsterapi kan også avdekke tidligere steroidmaskerte allergier. Paradokse bronkospasmer med umiddelbar økning i hvesing etter doseinntak kan oppstå. Dette bør behandles med en inhalert hurtigvirkende bronkodilatator, som vanligvis gir rask lindring. Behandling med ciklesonid bør kun fortsettes hvis de forventede fordelene etter nøye vurdering anses som større enn de mulige risikoene. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med ketokonazol og andre potente CYP 3A4-hemmere bør unngås da samtidig bruk kan øke eksponeringen (ca. 3,5) for en av ciklesonids aktive metabolitter. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Det finnes ikke tilstrekkelige data om bruk hos gravide. Dyrestudier har vist at glukokortikoider kan fremkalle misdannelser. Disse funnene er sannsynligvis ikke relevante for mennesker ved anbefalt inhalasjonsdosering. Bør kun brukes dersom de potensielle fordelene for moren oppveier den potensielle risikoen for fosteret. Barn eksponert for kortikosteroider in utero, må observeres nøye mhp. hypoadrenalisme. *Amming:* Overgang i morsmelk er ukjent. Amming bør kun vurderes dersom forventede fordeler for moren oppveier mulig risiko for barnet. **Bivirkninger:** Omtrent 5% av pasientene opplevde bivirkninger i doseområdet 40-1280 µg pr. dag. I de fleste tilfellene var disse milde og krevde ikke seponering. *Mindre vanlige (≥ 1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Vond smak. Hud: Utslett og eksem. Luftveier: Dyspné. Øvrige: Reaksjoner og tørrhet på applikasjonsstedet. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Hjerte/ kar: Palpitasjoner, hypertensjon. Immunsystemet: Angioødem, hypersensitivitet. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Psykiske: Psykomotorisk hyperaktivitet, søvnforstyrrelser, angst, depresjon, aggresjon, atferdsrelaterte endringer (hovedsakelig hos barn). **Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* Inhalering av en enkeltdose på 2880 µg hos friske frivillige ble tolerert godt. Potensialet for akutte toksiske virkninger etter overdose er lav. Etter langvarig administrering av 1280 µg ble det ikke observert noen kliniske tegn på adrenal suppresjon. Hvis høyere doser enn anbefalt benyttes over lange perioder, kan en viss grad av adrenal suppresjon ikke utelukkes. Overvåking av de adrenale reservene kan være nødvendig. *Behandling:* Etter akutt overdosering er ingen spesifikk behandling nødvendig. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Glukokortikoid til inhalasjon med høy lokal antiinflammatorisk effekt. Ciklesonid viser lav bindingsaffinitet til glukokortikoidreseptoren. Etter inhalasjon omdannes ciklesonid enzymatisk til hovedmetabolitten (C21-desmetylpropionylciklesonid), som har uttalt antiinflammatorisk aktivitet og dermed anses som den aktive metabolitten. *Absorpsjon:* 52% av tilført dose deponeres i lungene, og systemisk biotilgjengelighet er pga. lungedeponeringen >50% for aktiv metabolitt. Ubetydelig oral biotilgjengelighet. Fordi den orale biotilgjengeligheten for den aktive metabolitten er <1%, bidrar ikke den svelgede delen av det inhalerte ciklesonidet til systemisk absorpsjon. *Proteinbinding:* Fullstendig for både ciklesonid og aktiv metabolitt. *Fordeling:* Distribusjonsvolum 2,9 liter/kg. *Halveringstid:* Høy total serumclearance for ciklesonid. *Metabolisme:* Ciklesonid hydrolyseres primært til sin aktive metabolitt i lungene. Metabolitten metaboliseres primært i leveren via CYP 3A4. *Utskillelse:* Hovedsakelig i feces. **Oppbevaring og holdbarhet:** Beholderen inneholder væske under trykk. Må ikke utsettes for temperaturer >50°C. Beholderen må ikke punkteres, ødelegges eller brennes, heller ikke når den er tom. **Andre opplysninger:** Ved spesielle behov, kan preparatet brukes med et AeroChamber Plus-avstandsstykke. **Pakninger og priser pr 01.01.2014**: 80µg/dose: 120 doser: 289,70. 160µg/dose: 120 doser: 341,20. ***Refusjonsberettiget bruk:*** Behandling for å kontrollere vedvarende astma hos voksne og ungdom over 12 år. ***Refusjonskode:*** ICPC: R96 Astma, vilkår 92. ICD: J45 Astma, vilkår 92. Diagnosen astma må være verifisert ved hjelp av spirometri hos barn over 8 år og voksne. Hvis spirometri ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres.

1. Preparatomtale 2014 Ved maks dose, 640 mcg, anbefales 320mcg to ganger daglig
2. Newman S et al. High lung deposition of 99mTc-labeled ciclesonide administered via HFA-MDI to patients with asthma. Respir Med 2006;100:375-384

R14089 / 11101

Takeda NYCOMED
Nycomed: a Takeda Company

Redaktør

Espen Rostrup
espen.rostrup@me.com

Paraplyens skjebne

I mange år har Paraplyen vært et viktig bindeledd mellom lokalforeningen og medlemmene. Her skriver de lokale tillitsvalgte om aktuelle saker eller kåserer om utfordringer innen jobb, fag og helsepolitikk. Kunngjøringer om møter og arrangementer sendes ut og ulike aktører får muligheten til å presentere seg. Imidlertid har det de siste årene vært utfordrende å få medlemsbladet til å gå rundt økonomisk og Paraplyens situasjon skal nå evalueres.

Her er Paraplyen ikke unik. Den ene lokalforeningen etter den andre har gått over til elektroniske nyhetsbrev og en mer oppdatert nettside – i all hovedsak grunnet mangel på annonsører. Også vi har merket dette. De senere årene har det vært stadig vanskeligere å få inn tilstrekkelig med annonser for å dekke kostnadene med trykking og utsendelse – og til tross for iherdig innsats, både fra styremedlemmer og utgiver, har vi det siste året måttet gå inn med betydelig støtte for fortsatt å kunne utgi bladet.

Redaktør og styret har vært av den oppfatning at Paraplyen er en viktig informasjonskanal. Den er identitetsskapende for Hordaland legeforening og ikke minst en mulighet for dere til å følge litt med på det som foregår både lokalt og nasjonalt. Selvsagt vet vi at Paraplyen innimellom vil drukne i strømmen av tidsskrift, aviser og andre mediekanaler, men vi har valgt å tolke tilbakemeldingene vi får som et ønske om fortsatt utgivelse.

Foto: ScanStockPhoto

Styret i Hordaland legeforening har fortløpende vurdert Paraplyens situasjon, men vi har nå sett det nødvendig å avsette tid til en grundigere evaluering hvor vi må vurdere nytte, effekt og fremtidige muligheter. Paraplyens videre skjebne vil bli diskutert – og trolig avgjort på et styreseminar i begynnelsen av 2015.

Dersom du har tilbakemeldinger, innspill eller idéer, tar vi svært gjerne imot dem. De kan du eksempelvis sende til undertegnede på e-post, så vil vi ta dem med i våre vurderinger.

Forsidefoto: ScanStockPhoto

Bidrag til Paraplyen sendes elektronisk til redaktøren

SNUSFORNUFTIG?

Mine pasienter snuser – gjør dine?
Er snusbruk noe du og pasientene snakker om?
Bruker du også snus selv?
Hvor farlig er snus?
Er snus et effektivt røykeavvenningshjelpemiddel?

I alle aldersgrupper går andelen røykere ned mens snusbruken øker i alle grupper. I land der snusing ikke er vanlig går også andelen røykere ned. Det ser altså ikke ut som snus erstatter sigarettrøyking. Særlig for menn i aldersgruppen 16-24 år kan man snakke om en snusepidemi, 33% snuste (2013 tall), mens 23% av kvinnene snuste. Bruken har økt mer enn fem ganger i løpet av de siste 10-14 årene.

I Norge snuser over 500 000 personer, av dem snuser 350000 daglig, 175000 snuser av og til. Et vanlig forbruk er 10-11 porsjoner per dag eller 3-4 bokser per uke.

Snus inneholder tobakk, vann, salt og nikotin. Mengden nikotin per gram snus var tidligere 6-8 mg men nå er vanlig mengde over 20 mg nikotin per gram snus.

Vi forbruker altså mye snus, det er det ingen tvil om. Hva vet vi om helseskader?

Rune Becher i Folkehelseinstituttet la frem viktig informasjon på Allergifrisk forumet i Helsedirektoratet i november i år. De tobakksspesifikke nitrosaminene; TSNA-er, gir kreft i forsøk med rotter; lungekreft (uavhengig av hvordan rottene inntar tobakken) og i tillegg økt andel bukspyttkjertelkreft, spiserørskreft og munnhulekreft : dette er sjeldne krefttyper i utgangspunktet og økningen blir ikke så synlig i helse Norge. Det er en mulig sammenheng også mellom TSNA og tykktarmskreft, endetarmskreft og kreft i magesekken. Risiko for kreftutvikling avhenger av hvor tidlig man begynner med snus, forbruket, innholdet i snusen, og hvor mange år man totalt snuser. Den totale kreftrisikoen er imidlertid lavere enn den betydelige risikoen man utsettes for ved å røyke, også på grunn av alle forbrenningsproduktene sigarettrøyk inneholder. Snus kan føre til økt risiko for å dø etter hjerteinfarkt eller hjerneslag. Studier viser at å slutte med snus etter gjennomgått hjerteinfarkt halverer

Foto: ScanStockPhoto

dødeligheten. Effekten er den samme som å slutte å røyke. Et høyt forbruk av snus ser ut til også å øke risikoen for diabetes mellitus (type II) og for vektøkning. Man ser endringer av cellers arvemateriale.

Det man også mener å kunne se er en sammenheng mellom snusing hos mor og redusert fødselsvekt, økt forekomst av leppe gane spalte, svangerskapsforgiftning hos mor og pustestans hos nyfødte. Nikotin til fosteret ser ut til å gi endringer i hjernens utvikling, og å gi en mulig økt forekomst av adferdsendringer hos barnet samt hemme lungeutviklingen.

(Folkehelseinstituttets rapport 2014:«Helserisiko ved bruk av snus».)

Snus brukes mye, snus har negative helseeffekter: ***dette må vi snakke med pasienten om enten vi har en ambisjon om å kunne bidra til endring eller ikke****. Samtalen blir kanskje litt vrien fordi snusbruk i større grad enn røyking kan oppfattes som en privatsak. Utfordring!*

Elektroniske sigaretter: en rapport om e-sigaretter er forventet å komme innen årsskiftet.
I e-sigaretten fordampes små mengder nikotin løst i propylen glykol til en fin aerosol.

Propylenglykol er et fuktighetsbevarende stoff som bl.a. brukes som tilsetningsstoff i matprodukter.

Propylenglykoldamp kan imidlertid forårsake irritasjon av øynene og de øvre luftveiene. Selv om en sammenheng ikke helt kan utelukkes er det ikke funnet data som viser at vedvarende inhalasjon av propylenglykol kan føre til kroniske betennelsesforandringer i luftveiene.

Tabanon er det stoffet som lukter tobakk. Tabanon brukes som aromastoff i tobakksprodukter internasjonalt. Det synes å foreligge svært lite toksikologiske data for denne forbindelsen.

E-sigaretter synes ikke å gi negative helseeffekter men vil sannsynligvis opprettholde nikotinavhengigheten og adferdsmønsteret rundt røyking. Folkehelseinstituttet konkluderer med å være «betenkt over bruken av produktet som et røykeavvenningsprodukt. Det foreligger ingen uavhengige vitenskapelige data som dokumenterer at produktet har effekt som røykeavvenningsprodukt. Det vil være vanskelig å anføre helsefare som begrunnelse for et forbud mot e-sigaretter på utesteder, dersom e-sigaretten godkjennes for markedsføring.»

Så vet man det.

God jul!

Karin Stang Volden
Tillitsvalgt PSL Hordaland
karin.stang.volden@gmail.com

Kristian Søvik
Mammaradiolog

Brystdiagnostisk Senter i Bergen

Time på dagen • Svar på dagen
Hos oss får pasientene trippeldiagnostikk og muntlig svar samme dag. Ved biopsitaking tar våre spesialister kontakt med pasienten når biopsisvar foreligger.

Helhetlig pasientforløp
Vi gjennomfører komplett utredning med klinisk undersøkelse og samtale, trippeldiagnostikk og etterfølgende konsultasjon med foreløpig svar på undersøkelsene. Våre spesialister vurderer ved behov om det bør gjøres videre spesial-utredning. Ved behov for supplerende undersøkelser med MR og PET-CT, vil disse utføres i Oslo. En pasient utredet hos oss, skal være ferdig utredet og informert. I de tilfeller der pasienten får påvist brystkreft, henvises pasienten direkte fra oss til Haukeland universitetssykehus eller annet behandlende sykehus.

Ring oss på telefon **55 59 99 99**,
eller send henvisning til Aleris Helse AS,
Marken 34, 5017 Bergen.
Fax 55 59 99 88. Henvisningsskjema
finnes på www.aleris.no/bryst

Aleris

Helsehjelp til papirløse

Organisasjonen Helsehjelp til papirløse etablerte i mars 2014 et tilbud for papirløse migranter ved hjelp av frivillig innsats fra leger, medisinstudenter, sykepleiere, psykologer og annet helsepersonell. Et liknende helsetilbud har vært i drift i Oslo siden høsten 2009 (1).

Hver torsdag mellom 18.30 og 20.30 tilbys gratis, nødvendig helsehjelp i Bergen sentrum, inkludert henvisning til samarbeidende fastleger eller spesialisthelsetjenesten ved behov. Organisasjonen er politisk og religiøst nøytral, og det tilbys ikke juridisk hjelp. Papirløse migranter har rett på øyeblikkelig helsehjelp i henhold til lov om spesialisthelsetjenesten og lov om kommunehelsetjenesten, og rett til hjelp etter smittevernloven (2). Tilgangen til annen, nødvendig helsehjelp er imidlertid begrenset. Pasientene har ikke rett til fastlege og må også dekke utgifter til medikamenter selv. Hittil har over 60 frivillige involvert seg i arbeidet i Bergen for å forbedre helsetilbudet til denne gruppen. Også Legeforeningen har uttalt at retten til helsehjelp må springe ut fra individuelle behov (3).

Siden oppstart i mars har det vært 60 pasienter innom mottaket. De hyppigste problemstillingene er mage/tarmproblematikk, muskelsmerter og psykiske utfordringer. Gynekologiske tilstander, tannhelseproblemer og ulike øyesykdommer er også gjengangere. Det er også en tendens til komplekse problemer, og en del pasienter har flere av de overnevnte utfordringene samtidig.

Har du lyst til å engasjere deg? Helsetilbudet trenger flere leger, og vi er også interessert i å komme i kontakt med fastleger og legespesialister vi kan henvise til for oppfølging.
Vi setter også pris på medisinsk utstyr som ikke lenger er i bruk, f.eks CRP-apparat.
Hvis dette er interessant kan du sende en email til helsehjelp@gmail.com.

Foto: ScanStockPhoto

Mer informasjon er tilgjengelig på www.helsehjelp-bergen.no

Liv Helene Dolva Sagedal, stud.med., frivillig
Kristine Lillebø, lege i spesialisering, frivillig
Astrid Onarheim Spjeldnæs, styreleder Helsehjelp for papirløse

1. Aschehoug S. Rett til helsehjelp for papirløse migranter. Tidsskrift for den Norske laegeforening ;2010(130):765-6.
2. Lovdata. Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. http://www.lovdata.no/ltavd1/filer/sf-20111216-1255.html (12.11.2014).
3. Legeforeningen. Papirløse innvandrere (Policynotat 1/2013), 2013.

LEGEVAKT

Bakgrunn: Den norske legeforening jobber med en statusrapport om legevakt, og har hatt saken ute på intern høring i høst. Av denne grunn har legevakt blitt tatt opp både i styret for Hordaland legeforening og i Allmennforeningen. Undertegnede har, som Landsrådsrepresentant, deltatt i disse diskusjonene, og vært delaktig i utforming av høringssvaret fra Hordaland. Legevakt er et meget viktig tema for oss alle, og jeg har derfor lyst til å dele noen av våre tanker om dette med Paraplyens lesere.

Akutte allmennmedisinske tilstander bør behandles av fastlegen på fastlegens kontor, i vanlig arbeidstid. Alle akutt syke bør kontakte fastlegekontoret, og alle fastleger må organisere sin drift slik at de har tilstrekkelig kapasitet for øyeblikkelig hjelp. Ved en del legevaktsentraler er det bygget opp stor kompetanse på blant annet røntgen, skader og brudd, rusmedisin og psykiatri, tilstander som i andre distrikt oftest blir tatt hånd om av spesialisthelsetjenesten. Det vil derfor også i fremtiden være hensiktsmessig med en viss lokal tilpasning, og storbylegevaktene vil sannsynligvis også i fremtiden ha en annen kompetanse og profil enn mindre legevaktsentraler.

Ved de fleste henvendelser til AMK, bør lokal lege konsulteres for å unngå unødvendige utrykninger. Unntaket er alvorlige tilstander som mistenkt akutt hjerneslag eller hjerteinfarkt, hvor det er viktig at pasienten får rask helsehjelp og forsinkelser i behandlingskjeden må unngås.

Legevaktarbeid må ikke være vanlig allmennmedisinsk arbeid på kveldstid. Det må presiseres at det skal være akutt allmennmedisin. Alt av volum som kan håndteres av fastlegen, skal håndteres av denne, og ikke på legevakt.

Honorering/ avlønning på legevakt er et vanskelig tema. Men som fagforening må vi også ta hensyn til dette. Mye av legevaktsarbeidet er pr i dag lite lønnsomt for legen. Spesielt gjelder dette arbeid på natt, når det ofte er få pasienter. Avlønning via Normaltariffen blir dårlig, og dersom legen må ta fri fra sin praksis neste dag, kan slike vakter i realiteten føre til et rent økonomisk tap. Fastlegenes fravær fra kontoret dagen etter nattevakt reduserer også kapasiteten for vanlig kurativt arbeid i praksisen

Vi mener at tiden er overmoden for å fjerne Normaltariffen fra legevakt på natt. Dette bør defineres som kommunalt beredskapsarbeid, med en sentral avtale om fast lønn og full kompensasjon for fravær fra praksis dagen etter nattevakt.

Når legevaktene kun skal behandle akutte allmennmedisinske tilstander, og fastlegene setter av tilstrekkelig tid til "time samme dag"/ ØH-timer, vil pasientvolumet på ettermiddag/ kveld reduseres vesentlig. En stykkprisbasert honorering av legevakt på ettermiddag/ kveld vil motvirke denne ønskede utvikling. Det bør derfor vurderes om alt arbeid på legevakt skal være fastlønnet. Evt kan man tenke seg en todelt modell; en høy beredskapsgodtgjørelse i kombinasjon med incentivbasert honorar.

Kommunen er ansvarlig for at legevakttjenesten er forsvarlig, med systematisk arbeid for kvalitetsforbedring. Dermed må kommunen ta ansvar for at alle vaktleger har tilstrekkelig kompetanse. Et viktig eksempel er hjerte-lunge-redning, der samtrening med alle som jobber på legevakten er helt vesentlig. Videre kan det være krav om å beherske avanserte prosedyrer og utstyr som legene ikke har erfaring med i egen praksis. Slik opplæring må gjøres i normalarbeidstid og bekostes av oppdragsgiver, med full praksiskompensasjon til den næringsdrivende legen.

Til slutt kom vi inn på legens forsikringer. Pr i dag er det usikkert hvor godt legen er dekket når han jobber på vakt. Vi mener at legen må defineres som ansatt i kommunen når han er på vakt, og gjennom dette være dekket av forsikringsordninger, blant annet ulykkesforsikring og yrkesskadeforsikring. Allmennlegeforeningen vil ta dette opp med sentrale myndigheter, og kreve at dette snarest mulig kommer på plass.

Øivind Wesnes
Tillitsv. Allmennlegef. Hordaland
owesnes@broadpark.no

Flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt

Overskriften er hentet fra hovedmålet i prioriteringsutvalgets rapport (NOU 2014:12) som ble lagt fram for noen uker siden. Utvalget ble nedsatt av Stoltenberg-regjeringa og skulle bl.a. se på metoder for en åpen og rettferdig fordeling av helsetjenester, samt komme med forslag til endringer. I rapporten legges fram nokså nye kriterier for måling av helsegevinst og helsetilstand. Et nytt begrep for mange er helsetap, som nå er foreslått som et av kriteriene det skal prioriteres etter, og som skal erstatte alvorlighetskriteriet.

Prioritering handler om hvem som skal få og ikke få, hvem som skal komme først og sist. I norsk helsevesen prioriteres det hver eneste dag. Dette skjer på alle nivå, både i forvaltningen, på toppledernivå i helseforetakene eller i en kommune, men også av den enkelte lege og andre helsearbeidere i sykehus og kommunesektoren. Det er alltid pasienter som banker på, og som gjøres til gjenstand for en prioritering. Ut fra avisene å dømme skulle man tro at prioritering er noe nytt. Det er det slett ikke, men prioriteringer har ikke alltid vært åpne og tilgjengelige. Utvalget skal ha ros for å foreslå åpne og kunnskapsbaserte kriterier for prioritering av helsetjenester.

De fleste leger er godt kjent med begrepet prognose. Tradisjonelt er dette knyttet til konkrete mål som f.eks. overlevelse, effekt på risikoparametre (som blodtrykk etc) eller gjenvinning av målbar funksjonsevne ved en gitt behandling. Derimot er beregning av livskvalitet ofte mer problematisk, og sett fra enkeltindivider og helsearbeidere i stor grad overlatt til subjektive vurderinger med lav overføringsverdi. På systemnivå i helsevesenet har imidlertid kvalitetsjusterte leveår (QALYs) blitt tatt mer i bruk for å gi retning, spesielt når man skal vurdere nye tiltak. Problemet hittil har vært at man i Norge ikke har hatt omforente metoder for å fastsette kvalitetsjusterte leveår. Det har også vært vanskelig å sammenlikne QALYs på tvers av pasientgrupper. Internasjonalt finnes ulike metodikker for måling av «helsenivå» , inndelt i fra noen få hundre til flere titusener ulike «helsestadier». Felles for de fleste klassifikasjoner er at de forsøker å omfavne både psykiske, fysiske og sosiale faktorer som er av betydning for helsen.

Helsetap er ikke det motsatte av helsegevinst, da begrepene uttrykker ulike dimensjoner ved helse. Helsetapet for et individ er spesifisert som tapet i gode leveår fra et referansenivå, som utvalget anbefaler kan være 80 gode leveår. En person som dør i en alder av 70 år, og som gjennom livet hadde et helsetap svarende 5 gode leveår, har da hatt et helsetap på 15 gode leveår. Alder i seg selv er således ikke et separat prioriteringskriterium, men vil indirekte slå ut ved beregning av helsetap. Helsegevinstene vil ofte være lavere, bl.a. pga utilstrekkelige behandlingsmuligheter (f.eks. døvhet hos barn, leddgikt, atrieflimmer, hjerneslag m.fl.).

Utvalget viser til en del studier som sier noe om helsetap. Helsetap < 15 gode leveår er typisk for atrieflimmer, Alzheimer, akutt koronarsykdom. I kategorien 15-30 tapte gode leveår finner vi bl.a. hjerneslag, diabetes II, hepatitt C, hjertesvikt, brystkreft. De riktig store helsetapene (>30 gode leveår) finner vi ved f.eks. MS og osteosarkom.

Begrepet helsetap gir en ny og viktig dimensjon til prioriteringsdebatten. Ofte får tapte leveår mest fokus; 5 på topp er her: hjertesykdom, slag, lungekreft, tykktarmskreft og kols. Dersom vi derimot teller år levd med helsetap har vi denne 5 på topp lista: korsryggsmerter, alvorlig depresjon, angstlidelser, nakkesmerter og fallulykker. Bildet ser altså helt annerledes ut, og gjenspeiler nok også mye av forskjellene mellom hva sykehusleger og fastleger møter av utfordringer. Den ene lista er ikke mer riktig enn den andre, men de gjenspeiler ulike helsemessige utfordringer.

Utvalget ønsker en gjennomgripende prioritering i hele helsevesenet, fra nasjonale prioriteringer, og helt ut til den enkelte lege i sykehus eller kommune. Her støter vi på en del utfordringer, ikke minst i møtet med den enkelte helsearbeiders verdisett. Prioriteringene kan lett bli «akademiske», og vanskelig både å forstå og etterleve. Helsevesenet er også organisert ulikt i ulike kommuner, med ulike folkehelseutfordringer og med ulike økonomiske forutsetninger for å kunne gjennomføre like tiltak i befolkningen. Rapporten er svak på disse punktene, og har problemer med å peke på relevante forbedringsforslag. Men debatten er kjærkommen.

Tord Moltumyr
tordmolt@online.no

Faste stillinger

Et av de viktigste resultatene fra årets forhandlinger med Spekter er innføringen av faste stillinger for leger i spesialisering. Dette er noe YLF og legeforeningen har kjempet for i lang tid. Etter at leger i spesialisering ble definert som praksisarbeidere av høyesterett i fjor, ble det raskt klart at faste stillinger var noe som måtte fremforhandles i dialog med Spekter. Samtidig forelå tydelige politiske føringer om at noe måtte gjøres for å bedre situasjonen med den skyhøye andelen midlertidige stillinger hos sykehusleger samtidig som åpningstidene til sykehusene skulle utvides. Etter hjelp fra riksmeklingsmannen fikk partene i praksis gjennomslag for begge disse sakene, faste stillinger og utvidet arbeidstid fra kl. 17 til 18, dog med vaktlønnstillegg som tidligere.

Foto: ScanStockPhoto

Dette med faste stillinger er imidlertid ikke så rett fram og enkelt som man skulle tro. Det store spørsmålet er hva som skjer med vedkommende som er fast ansatt når han eller hun er blitt ferdig spesialist. Dette har man her imøtegått med opprettelsen av en ny lønnskategori som heter «legespesialist». I følge den nye overenskomsten er legespesialist-kategorien ment for en begrenset overgangsperiode som inntrer etter at legen er ferdig spesialist og før vedkommende blir ansatt som overlege.

Det blir spennende å se hvordan dette skal håndheves i praksis. Hvis man a) faktisk prøver å begrense varigheten av stillingen legespesialist, så er jo ikke dette en fast stilling likevel. Hvis det b) ikke foreligger noen begrensning i varigheten av legespesialist-karrieren så kan man være legespesialist så lenge man vil, noe som er i tråd med det de fleste tolker av begrepet "fast stilling".

Mange har spurt meg om ikke dette i så fall vil føre til en boom av legespesialister som vil okkupere alle LIS-stillingene på ubegrenset tid, særlig på de store sykehusene som f.eks Haukeland. Flere er i så måte bekymret for at nyutdannede arbeidssøkende leger i så fall må forberede seg på å finne arbeid utenfor universitetssykehusene. Her er kanskje insentiver for at legespesialister kommer seg over i overlegestillinger viktige. Samtidig vil faste stillinger medføre en tryggere arbeidstilværelse og mer forutsigbarhet for den enkelte lege, noe som var vanskelig å føle da man gikk fra det ene 6-mnd vikariatet til det neste.

En annen viktig konsekvens er at rangeringsreglene etter fortrinnsrett bortfaller ved utlysning og ansettelse. Leger i spesialisering skal nå ansettes etter kvalifikasjonsprinsippet, noe som medfører at arbeidsgiver kan ansette den søkeren som etter en helhetsvurdering anses som best kvalifisert for stillingen. Også dette blir en markant overgang for både lege og arbeidsgiver.

For over 100 år siden ble YLF opprettet blant annet som følge av «de uryddige ansettelsesforholdene som yngre leger opplever». Forhåpentligvis kan innføringen av faste stillinger bidra til en bedring på dette området fremover, selv om det trolig også vil tilkomme nye utfordringer som må løses.

Christopher Elnan Kvistad
Vara foretakstillitsvalgt YLF
Helse-Bergen

FÜRST
MEDISINSK LABORATORIUM

NORSK AKKREDITERING
TEST 038

Damsgårdveien 16, 4. etg.
5058 Bergen

tlf 55 29 86 16
bergen@furst.no

Fra januar 2015 utføres prøvetaking i våre lokaler i Solheimsviken

- Blodprøvetaking *
- Rusprøvetaking (urinprøve) under tilsyn mandager og fredager kl 13.00-15.00
- Rusmiddelkontroll (IS- 14/2002) *
- Prøvetaking i pasientens hjem *
- Prøvetaking på sykehjem og institusjoner *

* Etter avtale: tlf 55 29 86 16

Kontakt vår markedsgruppe for informasjon om elektronisk rekvirering og svaroverføring, tlf 22 90 96 69 eller marked_support@furst.no
Fürst Medisinsk Laboratorium – Søren Bulls vei 25 – 1051 Oslo – tlf 22 90 95 00 – post@furst.no – www.furst.no
Ansvarlig lege: dr. Marie Buchmann, spes. i medisinsk biokjemi og klinisk farmakologi

Legekontor i kontorfellesskap

BACKER

Backer har ledige kontorareal egnet for helsevirksomheter i Nesttunbrekka Næringspark. Kontorene kan være selvstendig eller knyttes sammen med felles resepsjon og venterom. Kontorene vil være klar for innflytting 4 kvartal 2015

Nesttunbrekka Næringspark vil totalt ha ca 700 arbeidsplasser, med bla Politiet i Fana som leietaker. Området har gjesteparkeringsplasser og ligger 150 m. fra nærmeste bybanestopp

Ta kontakt med Backer AS v/Atle Sylvarnes tlf 930 15 911,
atle.sylvarnes@backer.no www.backer.no

Ny turnusrapport – nye utfordringer

Helsedirektoratet publiserte nylig siste statusrapport for den tredje søkerrunden av den nye turnusordningen. Rapporten i seg selv inneholder ikke store overraskelser, men det har kommet frem nye temaer som må diskuteres videre. Norsk medisinstudentforening har gjort seg noen tanker rundt rapporten og skal jobbe med de momentene som er viktige for medisinstudenter som fremtidige turnuskandidater.

Foto: ScanStockPhoto

Turnusstillingene lyses ut to ganger i året og høsten 2014 er altså tredje gang med søknadsbasert turnusordning. I denne søkerrunden kommer det fram av rapporten at det er i overkant 900 søkere på 450 utlyste turnusstillinger. I følge rapporten er det i dag 361 norske leger som står uten turnusplass og at det i 2013 var tilsvarende 364. Den nye søknadsbaserte ordningen medfører at ingen leger lenger har en rett til turnusplass og begrepet «turnuskø» blir i så måte noe upresist. Men vi kan konkludere med at ordningen ikke har påvirket denne «køen» noe vesentlig. Vi mener det ikke er realistisk å forvente at alle som ønsker turnus og som søker skal få dette som en rett, ettersom markedet i dag er preget av flere søkere enn tilgjengelige turnusplasser. I SSBs rapport "Arbeidsmarkedet for helse og sosialpersonell fram mot år 2035» blir det konkludert med at det ikke bare er en underdekning av behovet for leger, men også at denne utviklingen ser ut til å fortsette. Behovet for spesialister i Norge vil bare øke og for Nmfs vedkommende mener vi derfor at det blir problematisk at turnustilbudet ikke speiler helsetjenestens behov for leger. Nmf ønsker en økning på 2% for turnusplasser og mener at dette vil kunne dekke samfunnets behov. Dette ønsket er ikke basert på det store antallet søkere som står uten turnusplass, men på grunnlag av at turnusordningen i dag fungerer som en propp i systemet der man ikke får nok leger ut i spesialisering. I tillegg vil flere utdannede spesialister hindre en uetisk import av utenlandsk legekraft som kan føre til en uheldig dominoeffekt i de landene som mister sine leger.

Det som kanskje er det mest oppsiktsvekkende med rapporten er den store forskjellen mellom tilsatte leger som har studert i Norge kontra de som har studert i utlandet. Det er endel spekulasjoner rundt årsakene til dette og siden Nmf jobber for alle sine medlemmer både i og utenfor Norge, er vi er interessert i vite mer om hva som er årsaken til dette spriket i ansettelser. Det er nødvendig å se på de ulike kriteriene for ansettelse hos helseforetakene, og dette gjør vi ved å sende ut spørreundersøkelser. Resultatene av undersøkelsen vil vi publisere for studentene i forkant av neste søkerunde slik at informasjonen er godt tilgjengelig.

For alle medisinstudenter er det viktig å få en klargjøring på hva en kan forholde seg til med hensyn til turnus. Per i dag er fremtiden preget av mye usikkerhet for fremtidige leger og Nmf skal bidra til å bringe frem noen svar på disse uavklarte spørsmålene.

Kimberly Kleftås
Stud.med.
Leder NMF Bergen

Velkommen til Juletrefest!

Store og små er velkommen i Legenes Hus,
Sophienlund i Kalfarveien
Søndag 11. januar 2015 klokken 17–19

Enkel bevertning til voksne og barn.
Tryllekunstner underholder
vi går rundt juletreet
…og kanskje kommer nissen?

Ingen påmelding eller betaling.

Hilsen Hordaland Legeforening

I helsevesenets horisont

Livet er ofte som en vestlandsk bygdevei; hva som venter bak neste sving, er høyst uklart. Å spå er derfor veldig vanskelig, og mange har da også gått i baret på å komme med meget bastante spådommer på hvordan fremtiden blir.
Dette gjelder i høyeste grad helsevesenet også. Mange medisinske fremskritt var absolutt ikke forutsett. Likeledes konsekvensene av de store omstillingsprosesser som har vært i sektoren.
Jeg skal holde meg langt unna krystallkulen, men når vi nå nærmer oss nok et årsskifte, er det likevel litt fristende å se litt på hva som tegner seg mot horisonten..

Ting tyder på at våre rammer på sykehus blir strammere i tiden som kommer. Lav oljepris påvirker den generelle samfunnsøkonomien. I tillegg har vi utfordringen både på våre sykehus og andre sykehus, med at man både skal drive, bygge - og sette av penger til byggeprosjekter. Samtidig.

Da må det strammes inn noen steder. Det er ofte lett(ere)i starten, hvor kan det være lett å få øye på opplagte gevinster ved driftsomlegging, uten at det får de store konsekvensene hverken for pasienter eller arbeidstakere. Men etterhvert blir det vanskeligere og vanskeligere, og man kommer stadig opp i dilemmaer i forhold til de konsekvenser sparetiltakene kan få : "Fører innsparinger på et sted til at man får økte utgifter et annet sted?" "Kan sparetiltakene føre til at tryggheten for pasienter og ansatte reduseres?"

Vi tillitsvalgte har her en viktig oppgave både i å være konstruktive når det gjelder å finne muligheter for å effektivisere - men og å stille spørsmål og bremse når det ser ut til å gå feil vei.. Vi kan hverken sette oss - eller bli satt - i baksetet, og lukke øynene.
Dersom stramme sparetiltak går utover arbeidsmiljø, for eksempel ved at avdelinger med sprengt sengekapasitet må redusere antall senger, vet vi at det til slutt både vil bli dyrere og dårligere enn utgangspunktet.

Nylig stod det en artikkel i Dagens Næringsliv om at dagens unge arbeidstakere er helt annerledes enn det arbeidstakere har vært før. De var mer grenseløse, mer opptatt av å iscenesette seg selv og mindre interessert i fellesskap. Direktøren i Spekter uttrykte at det nok er vanskelig å være tillitsvalgt idag, og å få arbeidstakere engasjert.

Jeg oppfatter det ikke slik.

I de to årene jeg har vært foretakstillitsvalgt for overlegene har jeg opplevd et sterkt engasjement, både blant medlemmene og de tillitsvalgte. Både Ylf og OF har i liten grad problemer med å få folk til å stille opp som tillitsvalgte (og på de få avdelingene hvor det er vanskelig, bør ledelsen ta litt selvransaking). Jeg oppfatter de yngre kollegene som like opptatt av å gjøre en god jobb for pasientene og bidra til et godt og ryddig arbeidsmiljø som det deres eldre kolleger er. Og det er bra!

Etter jul tar jeg en pause fra sykehuset og fra jobben som foretakstillitsvalgt for overlegene. Jeg gjør det med vemod, fordi jeg har trivdes veldig godt og lært utrolig mye. Takk til alle medlemmer og tillitsvalgte for innspill, støtte og engasjement! Dere er krumtappen i virksomheten, og jeg er imponert over hvor mye dere strekker dere i hverdagen for å yte en innsats for pasientene.

OF har vært så heldige at Geir Sunde, som har fungert som vara-FTV i 1 og 1/2 år, rykker opp. Geir og jeg har jobbet tett i alle saker, slik at kontinuiteten er sikret, og han er både dyktig og uredd, så det blir bra. Aina Nærø Kristensen ble nylig valgt som vara-FTV ved suppleringsvalg, hun kommer fra Radiologisk avdeling og vil gjøre en meget god jobb.

Med ønske om en riktig god jul og alt godt for året som kommer.

Jana Midelfart Hoff
Overlege dr. med.
FTV OF Helse Bergen HF

Lokale lønnsforhandlinger ved Universitetet i Bergen 2014

De lokale lønnsforhandlingene 2014 hadde en stor pott, dobbelt så stor som noen gang før. På Universitetet i Bergen (UiB) var potten over 30 millioner NOK, svarende til 1,75% av lønnsmassen. Årets forhandlinger startet med et informasjonsmøte i juni 2014 og var fullført 31. oktober 2014. Dette er en arbeidskrevende prosess for oss som tillitsvalgte da vi forhandler individuelt for det enkelte medlem som har meldt inn krav.

Av de 148 medlemmer av Leger i vitenskapelige stillinger som er bosatt i Hordaland, arbeider langt de fleste ved UiB. Likevel var det kun 27% av medlemmene som leverte inn krav om lønnsforhøyelse i 2014. Man kan selvsagt oppnå lønnsøkning uten å melde inn eget krav til fagforeningen, men da er man avhengig av å komme på arbeidsgivers kravliste. Partene forhandler så gjennom en serie møter, denne høsten ble det 3 forhandlingsrunder før det lokale lønnsoppgjøret var i havn.

Oppdaterte medlemslister fra Legeforeningen er selvsagt en viktig forutsetning i forberedelsen av de lokale lønnsforhandlinger. Disse sjekkes mot oversikt over vitenskapelig ansatte ved UiB. Dette er et tidkrevende arbeid da lister fra UiB ikke inneholder informasjon om organisasjonstilknytning og ofte heller ikke fagbakgrunn. Som tillitsvalgte opplever vi at det er et klart behov for å forbedre og forenkle denne delen av jobben med å få oversikt over medlemsmassen. LVS sekretariatfunksjon i legeforeningen bør her ta et klart medansvar. LVS har utarbeidet et standardskjema som skal brukes ved innmelding av lønnskrav til lokale lønnsforhandlinger. Skjemaet må utfylles nøyaktig for å gi forhandler best mulig grunnlag i lønnsforhandlingene. For ytterligere å få fram *to the point* informasjon, vil vi arbeide for et full-elektronisk skjema. De lokale lønnsforhandlinger blir et viktig tema for LVS Landsråd som arrangeres i Bergen i januar 2015. Vi vil også ha dette som tema på et lokalt medlemsmøte.

Mange LVS medlemmer fikk en hyggelig tilbakemelding etter årets lokale lønnsforhandlinger. Av de LVS forhandlet for var det kun 1 som ikke oppnådde minst 1 lønnstrinn høyere lønn. Men det var også mange LVS medlemmer ved UiB som gikk glipp av muligheten for lønnsforhøyelse i år fordi de ikke meldte inn sitt lønnskrav. Det kan være mange forklaringer på dette, inklusiv feil på medlemslister, e-mail som ikke kommer fram, manglende eller for sen respons på mail fra tillitsvalgte osv. Vi vil som tillitsvalgte imidlertid oppfordre alle medlemmer om å melde inn eget krav om lønnsøkning til LVS ved framtidige lokale forhandlinger da dette de facto er den eneste sikre muligheten for å få sitt krav forhandlet som del av de lokale lønnsforhandlingene.

Vi ønsker alle LVS medlemmer og lesere for øvrig en riktig god jul og godt nytt år!

Einar Svendsen
professor dr. med.
Hovedtillitsvalgt
Universitetet i Bergen
einar.svendsen@gades.uib.no

Eva Gerdts,
professor dr. med.
Avdelingstillitsvalgt
Universitetet i Bergen
eva.gerdts@med.uib.no

niferex®

Å finne et jernpreparat som tåles bra er ikke lenger et spørsmål om flaks...

Niferex «UCB» ***Jernpreparat.*** ATC-nr.: B03A A01

KAPSLER, harde ***100 mg:*** *Hver enterokapsel inneh.:* Ferroglysinsulfatkomplekspentahydrat tilsv. Fe^{2+} 100 mg, askorbinsyre, hjelpestoffer. Fargestoff: Gult, rødt og sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).**Indikasjoner:** Jernmangel.

Behandlingen bør fortsette til normale hemoglobinverdier er oppnådd. Behandlingen kan fortsette så lenge det er nødvendig for å fylle opp jernlagrene. Behandlingsvarigheten bestemmes ut fra utviklingen av laboratorieverdiene. Daglig dose må ikke overskride 5 mg Fe^{2+}/kg kroppsvekt. ***Jernmangel:*** *Voksne og barn >6 år:*1 enterokapsel daglig. ***Ved mer utpreget jernmangel-anemi:*** *Voksne og ungdom >15 år eller som veier minst 50 kg:* Kan øke dosen til 1 kapsel 2-3 ganger daglig i innledende fase. ***Administrering:*** Bør ikke tas sammen med mat, og skal tas med tilstrekkelig lange tidsintervaller fra mat (f.eks. på tom mage om morgenen eller mellom to hovedmåltider) da absorpsjonen kan bli redusert av innholdet i maten. Skal svelges hele med tilstrekkelig mengde vann. Må ikke tygges. Ev. kan enterokapslene åpnes, innholdet tømmes over i en skje og svelges, deretter drikkes tilstrekkelig mengde vann.

Kontraindikasjoner: Øsofagusstriktur. Overfølsomhet for innholdsstoffene. Gjentatte blodtransfusjoner. Hemokromatose og andre tilstander med jernoverskudd. Barn <6 år.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet bør utvises ved gastrointestinal sykdom som inflammatorisk tarmsykdom, innsnevringer i tarmen, divertikulitt, gastritt eller sår i magesekk eller tarm. Ved kronisk nyrelidelse og behov for erytropoietin, bør det gis parenteralt jern, da oralt jern absorberes dårligere ved uremi. Eldre som fremviser blodtap eller tap av jern av ukjent årsak, bør undersøkes nøye for å klarlegge årsaken. Jernpreparater kan gi forgiftninger, spesielt hos barn. Misfarging av tennene kan oppstå, som kan forsvinne spontant etter avsluttet behandling, men tannkrem med slipeeffekt eller fjerning av misfargingen hos tannlege kan være nødvendig.

Interaksjoner: *Kombinasjoner som bør unngås: I.v. tilførsel av jernsalter:* Kan forårsake hypotensjon og ev. kollaps ved hurtig frisetting av jern grunnet metning av transferrin. *Doksysyklin:* Reduserer absorpsjon og enterohepatisk resirkulasjon av doksysyklin. *Kombinasjoner som kan kreve dosejustering:* Jern reduserer absorpsjonen av enkelte legemidler ved dannelse av chelater. Tidsintervallet mellom tilførselene bør derfor være lengst mulig. *Fluorokinoloner:* Jernsalter gir signifikant reduksjon i absorpsjonen av fluorokinolon. Jern reduserer absorpsjonen av norfloksacin, levofloksacin, ciprofloksacin, gatofloksacin og ofloksacin med mellom 30 og 90%. Fluorokinoloner bør gis minst 2 timer før eller minst 4 timer etter inntak av preparatet. *Metyldopa (L-form):* Tidsrommet mellom inntak av de 2 legemidlene bør være lengst mulig. *Thyreoideahormoner:* Jern hemmer absorpsjonen av tyroksin. Midlene bør gis med minst 2 timers mellomrom. *Tetrasykliner:* Perorale jernpreparater hemmer absorpsjonen. Tidsintervallet mellom inntak av preparatet og tetrasykliner unntatt doksysyklin bør være minst 3 timer. *Penicillamin:* Penicillamin kan chelatbindes til jern, og dermed reduseres absorpsjonen. Penicillamin bør gis minst 2 timer før preparatet. *Bisfosfonater:* Absorpsjonen av bisfosfonat kan reduseres. Tidsintervallet mellom preparatet og bisfosfonat bør være minst 2 timer. *Levodopa:* Samtidig bruk reduserer biologisk tilgjengelighet av levodopa og kardiodopa. Tidsintervallet mellom inntak av preparatet og de 2 midlene bør være lengst mulig. *Ikke-steroide antiinflammatoriske midler:* Samtidig bruk kan øke irritasjon på mucosa. *Antacida:* Antacida som inneholder oksider, hydroksider eller salter av magnesium, aluminium og kalsium danner chelater med jernsalter. Tidsintervallet mellom tilførslene bør derfor være lengst mulig og minst 2 timer. *Kalsium:* Samtidig inntak reduserer absorpsjonen av jern. Preparatet bør derfor ikke tas sammen med mat og drikke som inneholder kalsium.

Graviditet, amming og fertilitet: Ingen kjente risikoer.

Bivirkninger: *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Ubehag i magen, halsbrann, brekninger, diaré, kvalme, forstoppelse og mørkfarget avføring. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Hud: Overfølsomhet, utslett, urticaria og eksantem. Øvrige: Misfaring av tenner. *Ukjent frekvens (kan ikke beregnes ut fra tilgjengelige data):* Magesmerter.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer på forgiftning kan sees etter doser på >20 mg Fe^{2+}/kg. Alvorlige toksiske reaksjoner kan forventes ved doser på >60 mg Fe^{2+}/kg. Doser på 200-400 mg Fe^{2+}/kg er dødelig hvis de ikke behandles. 400 mg Fe^{2+} kan føre til livstruende tilstander hos barn. Symptomer (fra 30 minutter til 5 timer): Rastløshet, magesmerter, kvalme, brekninger og diaré, avføringen viser tjæreliknende misfarging og oppkastet kan inneholde blod. Sjokktilstand, metabolske forandringer som overskudd av syre i kroppen (acidose) og koma kan utvikle seg. Etterfølges ofte av en periode med tilsynelatende bedring som kan vare i opptil 24 timer. Deretter kan det igjen oppstå diaré, sjokktilstand og acidose. Dødelig utgang kan komme etter kramper, uregelmessig åndedrett, koma og lungeødem. *Behandling:* Mageskylling eller fremprovosert brekning kan overveies kort tid etter inntak av overdosen. Deferoksamin er en spesifikk antidot ved overdosering av jern.

Se Giftinformasjonens anbefalinger for jern II-verdig, orale preparater B03A A side d.

Egenskaper: *Klassifisering:* Toverdig jern-preparat. *Absorpsjon:* Enterokapslene inneholder granulatkorn som er uløselige i magesaft. Selve enterokapselen løses opp i magen. Granulatkornene holder seg intakte til de slippes ut i duodenum. Der frigjøres den aktive ingrediensen jernglysinsulfat raskt. Hos pasienter med tømte jernlagre er den relative biologiske tilgjengeligheten 95% av en vannbasert jernsulfatløsning som referanse.

Andre opplysninger: Preparatet kan gi falsk positiv test for blod i avføringen.

Pakninger og priser: 50 stk. (blister) 486182.

JAN F. ANDERSEN A/S
JFA
LEGEMIDLER - INSTRUMENTER
Musmyrvegen 3, 3520 JEVNAKER

E-post: post@jfa.no
Telefon: 61 31 49 49
Faks: 61 31 49 50
Web: www.jfa.no

AKU101
– Akuttmedisin på medisinstudiet

Alle kan havne i situasjoner hvor andre mennesker har blitt akutt skadet eller syke, til de fleste stilles det ingen krav om å gjøre noe. Er man lege eller legestudent forventes det at man tar ansvar. Mennesker vil i stressende situasjoner bare registrere ordet «lege». Da oppleves det irrelevant om man går første året og alt man har lært så langt er egentlig bare å bøye ord på latin. Man kommer i en situasjon der det forventes at man kan bidra, at man kan hjelpe.

I studieplanen ved medisinstudiet til UiB var det tidligere ikke lagt opp til noe relevant førstehjelpsutdannelse for legestudentene de to første studieårene. Flere tok ansvar for egen læring, og ble med i frivillige studentorganisasjoner eller kurs arrangert utenom studieløpet. Man hadde tilbud for spesielt interesserte, men lite var obligatorisk. Som helsepersonell har man en plikt til å hjelpe, men da må man sikre en generell kompetanse – både for studentens og den aktuelle pasientens nytte.

I 2012 utførte Bergen Akuttmedisinske Studentforening (BAMS) er spørreundersøkelse blant 213 studenter, fordelt på alle kull. Undersøkelsen viste at studenter på alle kull ønsket mer opplæring i førstehjelp og akuttmedisin, og da spesielt trening i praktiske ferdigheter. BAMS utarbeidet etter dette et forslag til læreplan i akuttmedisin til fakultet, hvor opplæringen allerede skulle begynne på første kull.

(Foto: Anders Lund)

Fra venstre Håvard Landsdalen, Anne Berit Guttormsen, Maruis Berge. (Foto: Anders Lund)

I år kom det et nytt fag på timeplanen for førsteårsstudentene – AKU101. Kurs i akuttmedisin! Etter beinhard jobbing av engasjerte leger, press fra studentorganisasjonene og etter ønske fra studentene. Kurset gikk over en uke i begynnelsen av september, og la opp til å gi studentene akkurat denne basale førstehjelpskunnskapen man trenger for å kunne føle seg tryggere i en akutt situasjon ute i dagliglivet. Kurset skapte også et akuttmedisinsk grunnlag man kan bygge videre på gjennom studiet.

Studentene fikk øve seg på luftveishåndtering, primærundersøkelse og basal hjerte- og lungeredning. Mot slutten av kurset fikk de prøvd ut sine nye ferdighetene gjennom casetrening. Timeplanen var fylt med relevante forelesninger om akuttmedisinske temaer som bevisstløse pasienter, pasienter med pusteproblemer, bruddskader og brannskader. Engasjerte medstudenter fra BAMS, Norsk Folkehjelp Sanitet Haukeland og Ferdighetssenteret stilte som instruktører, under kyndig veiledning av leger fra Kirurgisk Serviceklinikk, LIS lege anestesiologi Håvard Landsdalen og LIS lege anestesiologi Marius Berge, med anestesioverlege og professor Anne Berit Guttormsen i spissen.

Studentene ble også presentert med kasustiker, en av de om en ung jente på 15år som ble livstruende syk da hun var innlagt på Haraldsplass Diakonale sykehus i sommer. Historien hennes gjorde inntrykk på studentene og rørte flere, siden hun heldigvis nå kunne stå foran forsamlingen og takke legene som behandlet henne for at hun fortsatt var i live. (http://www.bt.no/nyheter/lokalt/Plutselig-forsto-legene-at-Vilde-holdt-pa-a-do-3191507.html , http://www.bt.no/nyheter/lokalt/Sjokk-start-pa-legestudiet-3191563.html) AKU101 er et stort steg i riktig retning. Vi må ha et mål om at medisinstudentene ved UiB skal være trygge og kompetente førstehjelpere fra de begynner på studiet, at de får utvidet sin kompetanse gjennom studiet, og til slutt blir gode leger i akuttmedisinske situasjoner når de er uteksaminert.

http://www.dagensmedisin.no/nyheter/uib-studenter-kritiserer-akutt-opplaring/)

Helena Løw Årvik
på vegne av styret i Bergen
Akuttmedisinske Studentforening

Hordaland legeforening 2011-2013

For styreoversikt og Legetjeneste for leger se:

legeforeningen.no/hordaland

KOLLEGIAL STØTTEGRUPPE

Stein Nilsen
(avdelingskoordinator)
nilsen.stein@gmail.com
Tlf. privat: 93 49 95 53
Tlf. kontor: 56 15 74 00

Nina Helene Ingebrigtsen
nhi@legenina.no
Tlf. privat: 55 92 44 77
Mob: 93 00 74 04

Frøydis S. Nilsen
fsnilsen@bgnett.no
Øyrane legesenter
Tlf. privat: 56 58 66 77
Mob: 97 06 94 34

Johan Fredrik Krohn
jfkrohn@online.no
Tlf. privat: 56 14 13 55
Tlf. kontor: 55 55 04 22

Synnøve Lian Johnsen
synnove.johnsen@helse-bergen.no
Haukeland Univ.sykehus (KK)
Tlf. privat 55 20 13 62
Tlf. arbeid 55 97 42 00

Sogn og Fjordane Legeforening 2011 - 2013

For styreoversikt, se:

legeforeningen.no/Sognogfjordane

STØTTEKOLLEGER I SOGN OG FJORDANE LEGEFORENING

Øystein Melbø Christiansen,
Psykiatrisk Klinikk, 6800 Førde
Tlf.kontor: 57 83 91 75
Fax: 57 83 94 95
Mobil: 90 20 46 00

Geir Kittang,
Sunnfjord Medisinske Senter
Tlf.kontor: 57 75 80 00
Privat: 57 74 30 13.
Mob.: 915 90 913

Irene Mjøs,
Psykiatrisk klinikk,
Tlf.kontor: 57 83 94 70
Privat: 57 82 37 11

Einar Melvær Sandven,
Kommunelegekontoret,
6770 Eid
Tlf.kontor: 57 86 30 20
Privat: 57 86 08 94

Anita Pettersen,
Kommunelegekontoret,
5966 Eivindvik
Tlf.kontor. 57 78 10 90
Privat: 57 78 42 80

Å bry seg om systemet er å bry seg om pasienten!

Denne hausten har eg vore fulltidsstudent i Oslo og delteke på undervisninga i Erfaringsbasert master i Helseadministrasjon, også kalla "Ole Berg- kurset". Flinke førelesarar og spennande medstudentar har sett i gang mange tankar om helsevesenet. Eksempel frå pensum: "Ein hardtarbeidande lege med gode intensjonar er ikkje lenger nok for å skape gode og trygge helsetenester."

Studiet er naturleg nok prega av at dei fleste førelesarar og studentar kjem frå Oslo. Sjukehusmedisinen sitt perspektiv dominerer framfor primærhelsetenesta. I undervisninga vert kullet på 30 delt inn i 4 grupper som kvar dag diskuterer og løyser oppgåver innanfor det som er emnet for dagen. Vi dreg nytte av at vi har ulike ståstader og vi ser ulike sider av problema. Å ta fram perspektivet frå distrikta og primærhelsetenesta har vore mi oppgåve i gruppa vår.

Eit av hovudtema på studiet er korleis vi kan få til ei god leiing av helsetenestene. For fokuset frå mange synsstader er retta mot systemet omkring helsepersonellet, det er der kvaliteten, pasientsikkerheten, jussen og etikken må forankrast. Ved å samanlikne avdelingar ser ein at leiinga ofte utgjer den store skilnaden på dei gode og dei mindre gode. I studiet går vi og gjennom undersøkingar som klart viser at det gir betre resultat når leiaren av ei avdeling har bakgrunn frå klinikken. Det er ikkje slik at ein profesjonell leiar kan leie alle typer verksemder. Nei, det trengs erfaring og innsikt frå pasientkontakt for å leie helsetenestene på ein god måte. Kva er best for pasienten ? - spørsmålet kan gi retning i mange av dei små og store sakene i organisasjonen.

Foto: Frå Institutt for Helse og Samfunn, Forskningsveien 2B, Oslo. Foto: L.E. Husabø.

Nokre hevdar at på same måte som pasientomsorg er ein kjerneverdi i legeidentiteten, må interessa for systemet rundt legen og pasienten i framtida bli ein integrert del av yrkesidentiteten. Det trur eg er rett. Og då må vi ta bort dei hindringane i løn og status som gjer at legar prioriterer kun pasientbehandling. Det er god evidens for at nettopp dette steget er vegen framover: Å bry seg om systemet er å bry seg om pasienten.

Leiv Erik Husabø
Leiar Sogn og Fjordane legeforening
leiv.erik.husabo@leikanger.kommune.no

Kjære kollega i vestlandsk allmennpraksis

Gjennom fleire Stortingsmeldingar vil Helse- og omsorgsminister Høie skape "pasientens helseteneste". Det betyr endringar for allmennlegane også. På Primærmedisinsk uke i Oslo nyleg diskuterte eg om den nye helsetenesta kan vere ein trussel for fastlegen. Det trur eg nok ikkje, men Høie sine forslag kan definitivt bli utfordrande for fastlegeordninga som system. Hvis vi vil kjempe for fastlegen som koordinator og inngangsport til helsetenesta, må vi også argumentere langs dei politiske linene og ikkje berre i våre interne diskusjonsbobler, slik det er tendensar til no.

Ord som auka opningstider, pasienten som partnar, valfridom, profesjonsnøytralitet, oppgåvegliding og privatisering er ikkje tatt ut av lufta, men er ein del av trendar i tida internasjonalt. Når Bent Høie viser til disse orda, meiner han noko med det.

Vi ser no ei tydeleg fragmenteringsline, understøtta av politikken. Dersom vi ønskjer å satse på fastlegen som koordinator, må fastlegane argumentere for det gjennom å vere på tilbodssida.

Det synes ofte som at legane kjemper for seg sjølve, og ikkje for betre samla tenester i kommunane. Fastlegeordninga er ei pedagogisk utfordring å forklare, både for politikarane og folket. Vi opplever svekka koordinatoransvar og rolle som alle pasientar sin rådgjevar og behandlar. Samtidig må vi innsjå at vi ikkje kan gjere alt sjølv lenger. Vi må delta i team, vi må få fleire yrkesgrupper inn i teama på legekontora for å hindre fleire særomsorger i kommunane.

Steinar Hunskår steinar.hunskar@isf.uib.no
Faggruppe for allmennmedisin (ALFA)

Nye stipend i vest

På møte i Allmennmedisinsk forskningsutvalg i november fikk følgende søkere med veiledning fra vårt område stipend:

Kjellaug Enoksen, Bergen, 2 mnd for "Rutiner for diagnostikk av urin-veisinfeksjon hos pasienter i sykehjem i Bergen kommune."

Kathy Ainul Møen, Bergen, 2 mnd for "Screening for livmor-halskreft hos innvandrerkvinner"

Heidi Nilsen, Eigersund, 2 mnd for "Kommunale akutt-døgnplasser."

Per Opdal, Bergen, 2 mnd for "Overdiagnostikk i allmennpraksis."

Stian Lobben, Stavanger, 2 mnd for "Elsykkel og diabetes."

Sverre Litleskaret, Bergen, 2 mnd for "IBS og sjølvrapportert reaksjon på mat/drikke etter Giardia-epidemien i Bergen."

Forskningsnettverk i allmennmedisin?

Under ledelse av professor Guri Rørtveit har de allmennmedisinske forskningsmiljøene i Norge slått seg sammen med odontologiske forskningsmiljøer for å søke Norges forskningsråd om en stor satsing på infrastruktur for praksisnær forskning; forskningsnettverk.

Slike nettverk har stor suksess i land som Storbritannia og Nederland og bidrar til god klinisk forskning av høy relevans for praksisfeltet. En rekke praksiser knyttes til forskningsnettverket og deltar med inklusjon av pasienter og datainnsamling. Dette gir langt mer forutsigbar datainnsamling for forskerne og en bedre mulighet til planlegging av deltakelse i prosjekter for klinikere. Økonomisk kompensasjon for medgått tid for klinikere er lagt inn i søknaden.

Forsker grand prix

Marit Stordal Bakken fra Fortskningsgruppe for allmennmedisin, ble blant de fire i Bergensfinalen i Forsker grand prix 2014. Bakken har forsket på sammenhenger mellom legemiddelbruk og hoftebrudd. Hovedfunnet var betydelig økt risiko for hoftebrudd i befolkningen ved bruk av medisiner mot angst, søvnvansker eller depresjon sammenliknet med tid uten disse legemidlene.

Allmennmedisinsk forskningsfond

Tre søkere fra Bergen fikk gjennomslag i Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF) ved tildelingen i november:

Kristian Jansen, Bergen/AFE Bergen, fikk for prosjektet ”Livets slutt på sykehjem”.

Torgeir Gilje Lid, Stavanger/AFE Bergen, fikk for prosjektet ””Utfordringer og tiltak ved alkoholproblemer i allmennpraksis”.

Ingrid Keilegavlen Rebnord, Fjell/Nklm, fikk tildeling for prosjektet ”Bruk av diagnostisk utstyr på norske legevakter”.

Det forelå søknader på 7,8 millioner kroner. Tildelingssum var totalt 5,6 millioner.

Anders Forsdahls pris til Per Stensland

Fylkeslege i Sogn og Fjordane og professor i allmennmedisin, Per Steinar Stensland, er tildelt Anders Forsdahls pris 2014. Prisen deles ut til en person som over år har utrettet en markant innsats for helsetjenesten i distrikts-Norge. Per Stensland har jobbet både lokalt i Sogndal i over 30 år, nasjonalt og internasjonalt. Han omtales som en mann med ”sterke kontaktskapande eigenskapar og er eit usedvanleg raust medmenneske og kollega.” Vi gratulerer!

Pris til Heidi Nilsen

Under Primærmedisinsk uke i Oslo ble Allmennmedisinsk forskningsutvalgs pris gitt til Heidi Nilsen, fastlege i Eigersund og ved Allmennmedisinsk forskningsenhet Bergen, for prosjektet: Kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser - en økonomisk ulv i kvalitetsbehandlede klær?

I begrunnelsen sies det at hun har tatt sin egen undring i faget på alvor og ikke funnet et tilfredsstillende svar i faglige fora og kunnskapskilder. Prosjektideen har innlysende allmennmedisinsk relevans og er ble blitt konkretisert i et forskningsspørsmål som søkes besvart gjennom en adekvat metode.

Nicolas Øyane blir leder av SKIL

Vi kan gratulerer Nicolas Øyane med stilling som daglig leder for Senter for kvalitet i legekontor (SKIL). Han starter opp 1.1.15 i 50% stilling. SKIL er et selvstendig selskap som skal støtte praktisk kvalitetsarbeid på legekontorene. Senteret skal ha lokaler sammen med Noklus i Bergen, og skal arbeide sammen med andre miljøer for forskning og fagutvikling innen allmennmedisin.

Nicolas Øyane er 35 år, spesialist i allmennmedisin, og har ph.d. i søvnforskning. Han er fastlege i Bergen, og vil fortsette med det i redusert stilling.

Returadresse:
Cox Bergen AS
Thormøhlensgt. 37,
5006 Bergen

DISTRIBUERT AV POSTEN NORGE
posten
NORGE P.P. PORTO BETALT

B - Økonomi

PRIVAT HOSPITALET

LEDENDE INNENFOR PLASTIKKIRURGI PÅ VESTLANDET

FMS har avtale med Helse Vest for utredning og operasjon av TUR-P og åreknuter på medisinsk indikasjon.

Våre fagområder:

- Plastikkirurgi
- Urologi
- Generell kirurgi
- Øre Nese Hals
- Fot/ankel kirurgi

Privathospitalet AS, Fana Medisinske Senter, Tjernveien 30, 5232 Paradis - Bergen
Telefon 55 92 22 22 mail@fanamedisinske.no www.fanamedisinske.no