

# PRAKSISNYTT - FIH

## Praksis - konsulent - ordningen

Samarbeid Informasjon Kommunikasjon  
Allmennpraksis - Sykehus – Spesialistpraksis

Nr 6/2001 3. årgang 26.04.01

[Hjertesukk fra allmennpraksis](#)  
[Gledelig melding](#)

[INR-kontroll - Hjertesukk fra Medisinsk poliklinikk](#)  
[Redaksjon](#)

## **ARBEIDSFORDELINGEN MELLOM MED.POL. OG PRIMÆRHELSETJENESTEN KAPASITET/VENTELISTER** **HJERTESUKK FRA ALLMENNPRAKSIS**

Det er kommet innspill fra dr. Nedland, Haugesund, og dr. Bråtveit, Suldal, angående prioritering av forskjellige kontroller som gjøres ved med.pol.

Allmennlegene ønsker en opprydding ved med.pol. som en god begynnelse. Det er tilsynelatende en del å tjene ved at med.pol. skjærer rutineene når det gjelder gjentagne kontroller av pasienter som like gjerne kan kontrolleres av allmennleger.

Allmennlegene viser til tilfeller der det blir gjort rutinemessige blodtrykkskontroller, kontroll av hyperkolesterolemi, og kontroll i forbindelse med lungefibrose hos en ellers frisk pasient med normale spirometri-verdier.

Med.pol.s befatning med problemet blodtrykk:

- tilfeldig oppdaget på pas. som er til kontroll for noe annet
- kontroll/oppfølging av pas. som har vært innlagt for alvorlig blodtrykkssykdom
- pasient henvist pga. dårlig respons på allerede igangsatt antihypertensiv behandling
- pasient henvist for vurdering av muligheten for sekundær hypertensjon.

Den første kategorien pasienter hører som regel ikke hjemme ved med.pol. med mindre blodtrykket er faretruende høyt. I slike tilfeller bør legen ved med.pol. vurdere ø.hj. innleggelse av pasienten heller enn poliklinisk innstilling av behandling. Utenom slike situasjoner bør blodtrykkbehandling være en oppgave for primærlegen. Det er unødvendig å minne om at blodtrykket er variabelt og situasjonsbetinget. Blodtrykket er jevnt over betydelig høyere når en pasient møter ved med.pol. til kontroll enn hva det vil være når pasientens primærlege foretar kontrollen.

Ellers er det vanskelig å sette opp generelle retningslinjer for hvor mange kontroller pas. bør ha ved med.pol. før pas. går tilbake til 1.-linjetjenesten.

Bortsett fra forskjeller i faglige kvalifikasjoner vil også tilgangen på medisinsk utstyr også være med på å bestemme grenseoppgangen. Ved kontroll/oppfølging av pasienter med lungelidelser er det i mange tilfeller nødvendig at allmennpraktikeren kan gjøre spirometri.

Det er ønskelig at legene ved med.pol. i større grad benytter seg av muligheten til å kontakte primærlegen pr. telefon og konfererer om hva som skal gjøres og om primærlegen har tilgang på nødvendig utstyr for å foreta kontrollene.

AMK skal ha tilgang til allmennlegenes telefonnumre, også de "hemmelige" som går utenom kør og telefonsvarere.

Med.pol.'s befatning med pasientene må være målrettet og tidsbegrenset. Poenget er først og fremst å finne gunstige og ressursbesparende løsninger for pasienten.

## **INR-KONTROLL – HJERTESUKK FRA MED.POL.**

I l.a. 3 mndr. (sep.-nov. 2000) er det rekvirert 320 INR-prøver fra med.pol, dvs. ca. 106 pr. mnd.

Her er det store muligheter for avlastning av med.pol. hvis 1.-linjetjenesten overtar hovedansvaret for kontrollene.

17 av ca. 50 legekantor som sogner til FiH har utstyr og gjør INR-kontrollene selv. Opptelling viser at 87% av INR-prøver rekvirert fra med.pol. gjelder pasienter med postadresse Haugesund, og de resterende kommer fra distriktene. Allmennlegenes interesse for og vilje til å anskaffe utstyr og tilegne seg nødvendig kompetanse på dette området synes å være avhengig av avstanden fra sykehuset.

### Økonomi.

De billigste måleapparatene koster 5.500 – 6.500 kr i innkjøp, Trombotrac 15.500 kr. Forbruksmateriell utgjør ca. 42 – 46 kr. pr. test på de billigste apparatene, og 10 – 15 kr. på Trombotrac. Prøven gir takst 710: kr. 65,-. Rikstrygdeverket vil neppe blande seg borti takstfrekvensen. Det er videre rimelig at pas. betaler for medgått forbruksutstyr/nødvendig hygienetiltak for eksempel 30 kr. pr prøve.

En del av utgiftene dekkes av driftstilskuddet, senere fastlegetilskuddet. Hvis vi antar en nedskrivning på utstyret på 5 år, gjennomsnittlig utgift pr. test på hhv. 44 og 12 kr., og at hjelpepersonell-utgiftene dekkes av fastlegetilskudd, kan vi sette opp følgende kalkyle (se neste side, nederst)

Hvis man foretar testen mer enn 1,35 ganger pr. uke vil det lønne seg å investere i Trombotrac pga. billigere driftsutgifter.

Hvis man gjør testen 10 ganger pr. uke blir fortjenesten 21.240 kr. pr. år på de billige apparatene, og 33.420 kr. på Trombotrac.

Konsultasjonshonorar er ikke tatt med i regnestykket.

Økonomien er i alle fall ikke dårlig når det gjelder INR-kontroller. Gode allmennpraktiserende kolleger bør ikke avstå fra å innføre dette av økonomiske grunner.

### Gjennomføring

Marevan er iflg oppslag i dagspressen ved jevne mellomrom den farligste medisinen, og det er derfor viktig at doseringen ikke skjer tilfeldig. Hvordan hver enkelt lege organiserer kontrollene rent praktisk kan variere mye. Sikrest er det at pasienten kommer til konsultasjon på en bestilt time, eller at legen har avsatt en tidsperiode 1-2 ganger pr. uke på timelisten for å kunne ta disse pasientene på konsultasjon. En del leger vil også velge å la hjelpepersonalet gjøre jobben, og selv kun befatte seg med doseringen uten å se pasienten. Pasientene er som regel raske.

### Fordeler/ulemper

Pasientene er gjennomgående svært godt fornøyd med å få kontrollert INR-verdien hos sin faste allmennlege. Pasienten får svaret umiddelbart. Alternativet er å sende prøvene til nærmeste sykehus, eller pasienten må selv møte opp til prøvetaking ved sykehuslaboratoriet. Svaret vil da foreligge noen dager senere.

Det er viktig at én og samme lege foretar kontrollene for å bli godt kjent med pasienten, og de sosiale forhold rundt pasienten, og det er viktig å vite om pasienten har holdt seg stabil, eller om det er en pasient som alltid svinger mye i INR-verdi. Dette medfører at det alltid blir gjort kontrollmåling hvis det oppstår et uventet svar i forhold til den enkelte pasient. Alle legekantor som påtar seg INR-kontroller, må samtidig også være med i NOKLUS, med regelmessig kvalitetskontroll av de prøvene som blir tatt og analysert på kontoret. Dette må ses på som en fordel, og ikke bare i forhold til INR-målingene.

Når pasienten møter til prøvetaking på sykehusets laboratorium, kommer svaret i posten noen dager senere. Legen som anfører videre Marevan-dosering, har svært ofte aldri sett

pasienten, og kjenner ofte ikke indikasjon og varighet for behandlingen. Dette er lite tilfredsstillende.

## GLEDELIG MELDING:

Øyeavd. ved FiH har nå meget korte ventelister både til polikliniske us. og kontroller og operasjoner

I tillegg til Ovl. J.Schäfer og E.Dueland, er tilsatt Dag Krohn Hansen og Bernard Aran. Sistnevnte i 75% stilling på FiH og 25% privatpraksis i sykehusets lokaler.

Pasienter med øyeproblematikk ønskes !

Ta kontakt med praksiskonsulentene:

**Dette er praksiskoordinator / praksiskonsulentene ved FIH: Ansvar for:**

**Dr Tor M Aune** telefon direkte 52 85 75 36 (Kopparen) Medisinsk og nevrologisk avdeling

**Dr Tore Haaland** telefon 53 76 80 10 (Ølen) Gynekologisk avdeling

**Dr Eric W Mills** mobiltel 90 89 39 80 (Etne) Barne avdeling

**Dr Ingvald Vika** ØNH og Øyeavdeling

**Dr Lars Johan Lysen** Kirurgusk avdeling

Praksiskonsulentordningen Fylkessjukehuset i Haugesund 5513 HAUGESUND	Redaktør Eric W. Mills praksiskoordinator-vikar Spesialist i allmenmedisin	Telefon sentralbord: 53 75 81 00 Telefon direkte: 908 93 980 Telefax: 53 75 81 06
---	--	---