

ring av anbefalinger, ikke reflekterer dette på en optimal måte, i og med at det i første rekke legges vekt på om anbefalingene er kunnskapsbaserte. Men vi mener at vi i stor grad har veid opp for dette ved å diskutere verdivalg i teksten.

Vi er enige i at økonomiske hensyn bør med i vurderingen når det skal gis anbefalinger for klinisk praksis. At vi ikke har gjort det, er, som vi selv har påpekt, en mangel ved vårt arbeid. Hva forskjellige intervensjonsgrenser eller behandlingsmål har av konsekvenser med tanke på ressursbruk i forhold til helsegevinst, bør beregnes for å kunne ta kostnader med i vurderingen når anbefalinger gis.

NSAMs representanter legger vekt på at det er risikostatus og ikke enkeltfaktorer som bør behandles. Her er vi åpenbart helt på linje, i og med at dette er en av hovedanbefalingene våre.

Acetylsalisylsyre kunne fått bredere omtale i retningslinjene. Vi la vekt på blodtrykks- og kolesterolsenkende behandling fordi vårt mål var å utvikle en tiltakspakke for forbedring av forskrivningspraksis for disse medikamentgruppene. Dette tiltaket prøves nå ut i et kontrollert forsøk, og er en sammensatt strategi for implementering av retningslinjer (3). Denne strategien er det Helsedepartementet håper kan bidra til mer rasjonell legemiddelforskrivning – ikke retningslinjene som sådanne.

Til tross for svakheter – våre anbefalinger er gode, først og fremst fordi vi har gjort systematiske søk etter kunnskap, som så er brukt som utgangspunkt for formuleringer av anbefalinger, og det kommer klart frem for brukeren hva anbefalingene bygger på.

Når det gjelder utvikling av slike retningslinjer for fremtiden, er vi enige i at det er behov for åpne og brede prosesser. Vi hadde håpet å få med en del sentrale organisasjoner i utviklingsprosessen vår, blant annet NSAM, men dette viste seg å være vanskelig å få til. Vi valgte derfor å gjennomføre arbeidet på egen hånd for å unngå store forsinkelser i forskningsprosjektet.

Atle Fretheim
Andrew D. Oxman

Avdeling for helsetjenesteforskning
Sosial- og helsedirektoratet

Arild Bjørndal
Audun Dyrda
Michael Golding
Leiv Ose
Åsmund Reikvam
Per Teisberg

Litteratur

1. Meland E, Norheim OF, Hetlevik I. Kliniske retningslinjer, kostnader og verdivalg. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 506–7.
2. Fretheim A, Bjørndal A, Oxman AD, Dyrda A, Golding M, Ose L et al. Retningslinjer for medikamentell primærførebygging av hjerte- og karsykdom – hvem bør behandles? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 122: 2277–81.

3. Fretheim A, Oxman AD, Treweek S, Bjørndal A. Rational Prescribing in Primary Care (RaPP-trial). Randomised controlled trial of a tailored intervention to improve prescribing of antihypertensive and cholesterol-lowering drugs in general practice (Study protocol). BMC Health Services Research 2003; 3: 5.

Arbeidsplassbeskrivelse ved forenklet funksjonsvurdering

Begrepet funksjonsvurdering har fått ny aktualitet, både gjennom intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (1) og utformingen av den nye sykmeldingstesten. Fastlegen, som nå er pålagt å utføre en forenklet funksjonsvurdering, vil merke at oppgaven blir vanskelig uten mer kunnskap om pasientens arbeidsoppgaver og arbeidsmiljø. Dagens arbeidsmiljø preges av mangfold, og sammenhengene mellom miljøfaktorer og helse er kompliserte. Når man samtidig vet at konsultasjonstiden er knapp og pasienten ofte er usikker på hva legen har behov for å få vite, kan vurderingsgrunnlaget bli mangelfullt og misforståelser oppstå. En arbeidsplassbeskrivelse kan forhindre dette (2). Det kan være tidsbesparende og samtidig gi legen og pasienten et felles utgangspunkt for samtalen og funksjonsvurderingen.

Det er en fordel om beskrivelsen er todelt. Første del kan inneholde en oversikt over arbeidsoppgaver som utføres. Denne delen utformes av avdelingsleder. Han vet hva de ulike arbeidsoppgavene går ut på og hvilke krav han stiller til den eller dem som skal utføre disse oppgavene.

Andre del beskriver miljøforholdene på arbeidsplassen. Den skal bidra til at faktorer som kan være av betydning for ansattes helse og vedkommendes mulighet til å komme tilbake i arbeid, settes på dagsordenen. Særlig viktig er kunnskap om forhold som bidrar til muskel- og skjelettplager og fraværsfaktorer som tar utgangspunkt i hvordan arbeidet er organisert. Sosiale forhold hører med i beskrivelsen og bør omtales generelt der det er negative stressfaktorer som er allment kjent i miljøet. Pasienten kan supplere med personlige synspunkter når beskrivelsen diskuteres med fastlegen. Denne delen av arbeidsplassbeskrivelsen er også avdelingsleders ansvar, men her trenger han faglig bistand fra bedriftshelsetjenesten.

Av hensyn til brukervennligheten skal arbeidsplassbeskrivelsen være lettlest og helst ikke på mer enn én side. Er en slik arbeidsplassbeskrivelse et nyttig hjelpemiddel ved forenklet funksjonsvurdering? Vil den gjøre det lettere å beskrive hva pasienten ikke bør utføre eller utsettes for? I så fall kan den etterspørres fra arbeidsgivere som en del av rutinen for oppfølging av sykmeldte og som en del av arbeidet for et mer inkluderende arbeidsliv.

Inger Helene Gudding
Statens arbeidsmiljøinstitutt

Litteratur

1. Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv. Oslo: Arbeids- og administrasjonsdepartementet, 2001. (<http://11.odin.dep.no/aad/arbeidsliv/p30000972/002001-990393/index-dok000-b-f-a.html> (15.8.2002).
2. Gudding IH. Arbeidsplassbeskrivelse – et bidrag til bedre samspill mellom arbeidsgiver, arbeidstaker og fastlege. Ramazzini 2002; 3: 10–1.

Leger vil jobbe lenger

I en notis i Aftenposten 21.3. 2003, med overskriften *Leger vil jobbe lenger*, hevder direktør Per Haugum ved Statens autorisasjonskontor for helsepersonell at det skjuler seg en del «sovende» leger bak de 48 avslagene på fornyet legelicens. Han sier: «Vi gir ikke godkjenning til leger som vil beholde lisensen sin for å kunne skrive ut medikamenter til seg selv og vennene sine.»

Jeg finner denne uttalelsen svært merkelig og tror direktør Per Haugum må ha misforstått jobben sin. Det han skal vurdere, er om legene er skikket til å utføre legearbeid, ikke antall konsultasjoner, ev. reseptforskrivninger og til hvem. Hvis Haugum skulle praktisere det han sier, ville det bety at svært mange leger i administrative stillinger, muligens også ved Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, kanskje ikke fikk beholde lisensen sin.

Jeg ville tro at en lege som er skikket til å skrive ut resepter og foreta konsultasjoner etc., bør få fornyet legelicensen, uavhengig av antall pasienter.

Harald Berg

Medisinsk divisjon, Nyremedisinsk avdeling
Ullevål universitetssykehus

P. Haugum svarer:

Etter helsepersonelloven § 54 bortfaller autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning når vedkommende fyller 75 år. Yrkestittelen kan likevel benyttes.

Det er i forskrift bestemt hvilke kriterier som gjelder for å få lisens som helsepersonell over 75 år. Det er (jf. § 8): «Ved tildeling av lisens skal søkerens egnethet vurderes i forhold til den virksomhet som det er søkt om lisens for. Det skal legges avgjørende vekt på omfanget av den pasientrettede virksomheten vedkommende helsepersonell har til hensikt å utøve. Virksomheten bør ikke være mindre enn tilsvarende 20 % stilling. Det skal legges stor vekt på hvordan helsepersonellet har holdt og vil holde seg faglig oppdatert. Uttalelse fra eventuell arbeidsgiver har bare betydning dersom den gjelder helsepersonellens pasientrettede virksomhet.»

Autorisasjonskontoret vurderer hver enkelt søknad individuelt. Vedtak fattes etter en samlet vurdering av følgende momenter: