

# *Syd-Vesten*

MEDLEMSBLAD FOR ROGALAND LEGEFORENING NR. 4 • ÅRG. 14. 2008







# LEDEREN

## Gult kort til Blå Kors og Rødt kort til Hdir

Endel fastleger har fått kopi av brev sendt fra Blå Kors poliklinikk i Sandnes til pasienter: "Vi har mottatt henvisning for deg fra NN. Henvisningen var noe mangelfull. For å kunne vurdere ditt hjelpebehov og rett til helsehjelp, inviteres du derfor til en kartleggingssamtale hos XX".

"Noe mangelfull"? For min del leste jeg henvisningen min på ny, fant den absolutt akseptabel og følte meg en smule uthengt. Jeg tilskrev Blå Kors om det. Så kom den store overraskelsen:

Dette er Blå Kors sitt standardbrev til pasienter ved innkalling til vurderingssamtale(!)

Helsedirektoratet har i en veileder til rusvernet anført hva man mener en god henvisning bør inneholde. Den listen er lang. Lenger enn de fleste normale henvisninger, og langt utover det som fastleger holder for å være en bra henvisning.

Livssituasjon, problemets omfang/varighet, pasientens ressurser og mestringsstrategier, familie – og sosiale forhold, hva som er prøvd tidligere, i 1. og 2. linjen, status individuell plan med mer.

Her er det tre forhold av interesse:

- Hdir tenker at fastlegene skal omtrent tredoble arbeidsinnsatsen med henvisninger, men informerer ikke henviserne. Kun rusvernet.
- Hdir tenker at det er greit å øke arbeidsmengden uten å sikre noen finansiering. Det kunne man med letthet ha ordnet (takst 616)
- Blå Kors tenker at det er greit med et lite spark til dem som ikke gjør det man (ikke) har blitt bedt om.

Slik bygger man dagens helsevesen. Det er bare trist. Denne lille saken forteller mye om et helsedirektorat som med sju års unntak har bidratt til at fastlegeordningen nå knaker i sammenføyningene. Ifølge Allmennlegeforeningen arbeider nå fastleger 7 timer mer pr uke enn i 2001. Det var meningen at listelengden skulle synke med økende arbeidsoppgaver, med ny finansiering av nytt arbeid. Så har ikke skjedd. Nye oppgaver og forventinger formelig renner inn hos fastlegene, mens så godt som all vekst foregår i sykehussektoren, som økonomisk sett vokser med en fastlegeordning pr år.

Rusvernet har også fått nye oppgaver, men også nye ressurser. Hdir legger listen høyt for dem også, ved nitidige oppskrifter for prioriteringsarbeidet. Når jeg ser kravene så er det ikke det minste rart at de må kalle inn de fleste pasientene for å klare å tildele rett plass i køen.

Det kan tenkes at det er rasjonelt at fastlegene foretar mye mer utredningsarbeid før rusvern og psykiatri overtar stafettpinne. For tiden må vi dessverre igjen hente fram professor Irene Hetleviks lederartikkel i Tdnl fra få år før 2001: Bøtta er full ! Og, på vegne av stort sett hele helsevesenet: ikke flere nye oppgaver uten at man har regnet på hva det faktisk koster ! Økt kvalitet koster nemlig, uansett hva man tror fra et skrivebord i hovedstaden.

Ivar Halvorsen



Syd-Vesten

Tidsskrift for  
Rogaland  
Legeforening

**Teknisk redaktør:**

Sekretær Heidunn S. Nordtveit

Utkommer 4 ganger i året.

**Adresse:**

Rogaland legeforening  
Postboks 3049  
4095 Stavanger  
Tlf. 928 57 712

**Leder:**

Ivar Halvorsen  
Køhler legesenter

**Kurskomité:**

**Leder:**  
Oddny Bilstad  
Riska legesenter

**Forsidefoto:**

Heidunn S. Nordtveit  
«På Jelsa i Ryfylket»

**Utgiver:**

Cox Bergen as

**Annonser:**

Cox Bergen as  
Marit Aarre  
Tlf.: 55 54 08 41  
Mail: marit.aarre@cox.no

**Grafisk fremstilling:**

Cox Bergen a.s  
C. Sundtsgt. 51, 5004 Bergen  
Tlf. 55 54 08 32

**Trykk:**

Scanner Grafisk





# Blålysdager

Tidligere i høst skrev kollega Håvard Olsen på allmennlegenes diskusjonsform øyr følgende: ” I kveld har vi på legekantoret hatt samtrening i akuttmedisinske prosedyrer. Jeg fant da ut at jeg kan bli mye flinkere i møtet med pasienten som har hjerteinfarkt med hjerrestans. Når det gjelder formalia på blåresepten er jeg imidlertid steingod fordi jeg har trent mye mer på det. Det var et betydelig tankekors.”

Til min forskrekkelse fant jeg at denne beskrivelsen stemte forstemmende godt med min egen kompetanse i nevnte evner. Min siste erfaring med hjerrestans skjedde for over 20 (tjue) år siden. Med turnustjeneste og sykehustjeneste som underordnet lege ved sykehus på slutten av 70 tallet og begynnelsen av 80 tallet, er mine kunnskaper i akutt medisin og resuscitering utgått på dato, selv om jeg etter beste evne forsøker å holde meg noenlunde oppdatert, og vi periodevis øver i resuscitering og bruk av defibrillator på legekantoret. Kjenner andre seg igjen og føler på ubehaget?

Kurs i akutt medisin er gjort obligatorisk i videre- og etterutdanningen til spesialiteten i allmennmedisin fra 01.01.2012, og det er absolutt berettiget. Vår bevissthet og energi drukner i økende grad i forhold til

byråkratiske og administrative krav til dokumentasjon og prosedyrer, noe som over tid lett kan gå på bekostning av basale faglige praktiske kunnskaper og ferdigheter.

Ruth Midtgarden er praksiskonsulent ved Akuttklinikken ved SUS og har tatt initiativet til Blålysdagene som skjer i lokalene til SAFER (Stavanger Acute Medicine Foundation for Education and Research) i Lærdalbygget i Stavanger. Overlege Kristian Lexow ved Akuttklinikken ledet kurset med sin særegne form for entusiasme og vennlighet. Kurset var i høy grad praktisk orientert hvor vi første dagen i grupper ble drillert med praktiske øvelser i HLR og AHLR og andre dagen ble konfrontert med flere akuttmedisinske senarier som skulle håndteres. De praktiske oppgavene ble ledet av erfarne ambulansfolk som jeg opplevde som både vennlige, utfordrende og støttende. En sesjon ledet av jordmor tok for seg normale fødsler og setefødsler med modelløvelser i Løvsets metode. Jeg lærte både ting som jeg visste jeg ikke kunne og ting jeg ikke en gang visste jeg ikke kunne.

Det mest oppsiktsvekkende med kurset var likevel at man måtte lese teori og bestå et teorikurs før man i det hele tatt kunne delta

på kurset og motta kursbevis. Dette fungerte veldig bra – teori kan man like godt lese hjemme. Dette ga i seg selv 5 kurstimer og gjorde at utbyttet av kurset som helhet ble betydelig mye bedre. Kurset er emnekurs i akuttmedisin for spesialiteten i allmennmedisin og gir totalt en uttelling på 20 timer for et 2 dagers kurs med tillegg av teori og eksamen tatt på forhånd.

Hva sitter jeg igjen med:

- 1) Et veldig utbytterikt kurs i et emne vi ikke kan dytte under teppet under henvisning til at dette må andre ta seg av.
- 2) At det er de basale kunnskapene og ferdighetene som er de viktigste.
- 3) At dette er praktiske ferdigheter som kun kan læres og holdes ved like ved praktisk øvelse.
- 4) At vi er avhengige av å repetere og holde ved like disse kunnskapene og ferdighetene.

Dette kurset er noe av det beste jeg har deltatt på, men krever ressurser som ikke kan dekkes fullt ut av vanlig kursavgift. Honnør til initiativtaker, kursleder og instruktører! Der var 21 deltakere til 25 plasser på kurset og vi ble etter hvert en ganske sammensveiset gjeng. Kurset fortjener å være fulltregnet. Nytt kurs arrangeres til våren og det er planlagt kurser vår og høst.

Min oppfordring er: Meld dere på («because you need it.»)!

*Ivar Thomsen  
Spesialist i allmennmedisin, Stavanger*

# Foto- konkurransen fortsetter



For dere som liker å fotografere.  
De beste bildene blir trykket  
som forsidebilde i Syd-Vesten.

Send ditt forslag til  
[rogaland.legeforening@c2i.net](mailto:rogaland.legeforening@c2i.net).

Bildene må leveres i digital form,  
stående format. Det er fint om du  
forteller om ditt bidrag; hvor det  
er tatt osv.

Forsidebildet i dette nummer  
av Syd-Vesten er tatt på Jelsa i  
Ryfylke, som i august gikk av med  
seieren i konkurransen om å bli det  
mest idylliske stedet i Rogaland.





# NHN-Adresseregisteret – enkelt og greit

Er du en av dem som irriterer seg over feilsendte epikriser, kanskje til et legesenter der du jobbet før? Eller som ikke helt husker hvilke leger som jobber hvor? For ikke å nevne alle andre helsepersonell? Og lur du på om noen andre kunne tatt jobben med å lage et komplett og oppdatert adresseregister i journalsystemet ditt? Da bør du leser hvilket ess Norsk Helsenett har i ermet!

Høsten 2008 har mange legekantor fått brev og eller telefoner, fra Norsk Helsenett (NHN). Hensikten er å lage et komplett og entydig adresseregister slik at korrespondanse innen helsesektoren skal være enkelt og trygt. Pål Arve Sollie i Norsk Helsenett svarer velvillig på Sydvestens spørsmål:

*- Hva er hensikten med Adresseregisteret?*

- Adresseregisteret er tenkt å fungere som helsesektorens hovedkilde til adresseinformasjon. Hovedvekt har primært vært på adresser for utveksling av medisinske e-meldinger. Men vi skal også ha inn postale adresser for de som ikke ligger som kommunikasjonsparter i helsenettet.

*- Hvem har tatt initiativ til Adresseregisteret?*

- Jim J. Yang (KITH) og Hans Jørgen Varfjell (da KITH, nå Norsk Helsenett) tok initiativ til Adresseregisteret høsten 1999. Dette initiativet resulterte i et forprosjekt i regi av Helsedepartementet våren 2000. ErgoGroup implementerte løsningen på oppdrag fra Helseledelse våren 2006. Norsk Helsenett overtok løsningen 6. juni 2006, og har siden vært ansvarlig for drift og vedlikehold.

*- Mange av oss har fått informasjonsmaterieell og invitasjon til registrering i HER-registret. Skal det være både et HER-register og et Adresseregister?*

- Nei. Det skal være bare ett adresseregister. HER (helsetjenesteregisteret) er det gamle navnet på det som nå kalles NHN-Adresseregister. Den unike identifikatoren for enhetene vil fortsatt hete HER-id av historiske årsaker.

*- Må alle leger være med i Adresseregisteret?*

- De som er tilknyttet helsenettet skal være med. For andre er det frivillig å være med. Forutsetningen for å ha ett sentralt register i stedet for mange små er at alle har registrert seg i det sentrale registeret. Målet er derfor å få med alle.

*- Hva er fordelene med å bli med i Adresseregisteret?*

- I løpet av nær framtid vil registeret bli tatt i bruk etter intensjonen. Det starter med at Helseforetakene nå har bestemt at de vil bruke NHN-Adresseregister som sin eneste kilde til adresseinformasjon for e-meldinger. Med sikte på at det også skal bli eneste kilde til adresseinformasjon totalt sett.

*- Koster det noe å være registrert i dette registeret?*

- I dag dekkes drift og vedlikehold av NHN-

Adresseregisteret av medlemsavgiften.

*- Hvem har ansvar for å oppdatere informasjon i Adresseregisteret?*

- De som er registrert i adresseregisteret er selv ansvarlig for å holde egne opplysninger i registeret korrekte og oppdaterte.

*- Når kan Adresseregisteret tas i bruk?*

- Adresseregisteret har vært klart for bruk siden 2006. Grunnet utfordringer i forbindelse med samkjøring av tiltak i sektoren, har bruken så langt dreid seg om manuelle oppslag. NHN-Adresseregister er nå under ombygging, og vil ha et nytt grensesnitt for integrering mot elektroniske pasientjournalsystemer m.m. i 2. kvartal 2009. Ombyggingen kom etter ønsker fra leverandører og brukere i sektoren.

*- Hvordan kan et legekantor med elektronisk journalsystem bruke Adresseregisteret?*

- I dag kan adresseregisteret brukes for manuelle søk etter enheter i helsenettet. Når integrering med journalsystemer er på plass vil man kunne søke og oppdatere informasjon fra journalsystemet. Da vil man ikke tenke over at man jobber mot NHN-Adresseregister, man vil bare se informasjonen presentert i sitt journalsystem på samme måte som man får vist informasjon fra systemets lokale adresse-tabeller i dag. Forskjellen ligger i at du har tilgjengelig en komplett adressekatalog med informasjon som de som ligger der selv vedlikeholder for deg. På sikt jobber aktørene også mot at informasjonen skal kunne brukes i automatisering av opprettelse og vedlikehold av kommunikasjonsavtaler ved bruk av ebXML-rammeverket for sending og mottak av medisinske meldinger. Det vil gjøre det enkelt å opprette kommunikasjon mange-til-mange og du vil slippe dagens manuelle arbeid med kommunikasjonsavtaler mellom det enkelte legekantor og de sykehus, laboratorier og lignende som de skal bestille tjenester fra, eller henvise pasienter til.

*- Må en ha Helsenett for å kunne bruke Adresseregisteret?*

- I dagens situasjon ja. Men en åpning for begrenset søk utenfra kommer sannsynlig i nær framtid.



Hans Jørgen Varfjell

Knut Vassbø

## ROGALAND LEGEFORENINGENS FOND FOR PRIMÆRMEDISIN

*Kjære kollegaer i  
Rogaland legeforening!*

Rogaland legeforenings fond har til formål å fremme vitenskapelig virksomhet innen primærmedisin, fortrinnsvis i eller med tilknytning til Rogaland.

1.

**Det utlyses en  
prisoppgave på kr 3.000,-**

Noen av dere er kanskje ferdig med en godbit i en artikkels form, et prosjekt som det er mulig å formulere noe fornuftig om eller et ferdig prosjekt som kan egne seg til en presentasjon. Forutsetningen for pristildelingen er at oppgaven presenteres (helst av forfatter selv) på årsmøtet for Rogaland legeforening.

2.

**og det tildeles stipend på kr 10.000,-**  
Midler her vil bli tildelt etter søknad der en kort presenterer prosjektet. Prosjektet må være innen rammen av det ovenfornevnte mål. Fondsstyret er av den klare oppfatning at det er viktig å stimulere til forskning på "grasrot-planet" - vær derfor ikke redd for å sende inn søknad også på enkle prosjekter.

Interesserte kan ta kontakt med leder av fondsstyret:

Helsesjef Hans Petter Torvik  
Lura legesenter  
4313 Sandnes

for nærmere informasjon

# Sykemeldingene

I dette nummeret tar vi opp til drøfting et av velferdsstatens flaggskip, retten til å melde seg syk når man trenger å være borte fra jobben.

Medisinen klandres jevnlig for å medikalisere livet. Det er vel knapt noen ordning som har bidratt mer til dette enn legers kreative løsninger for å legitimere all verdens fravørsbehov. Det er sannelig ikke greit å være lege i krysspreset mellom legitime behov for fravær og regelverkets krav til noenlunde objektiv sykdom.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet har meget stor tro på at legene skal finne nye løsninger, ut fra et brev i posten, og et

tilbud om e-læring som kveldsunderholdning. En rørende naiv tiltro til oss. Som kjent kan tro flytte fjell, men det er vel høyst tvilsomt om ny blankett og et brev i posten til legene duger for å begrense det som de fleste arbeidstakere nå oppfatter som en bekvem rettighet.

Rogaland legeforening har i flere år nå påpekt at det å gjøre et godt trygdemedisinsk arbeid faktisk krever noe drøfting mellom kolleger og med NAV. Dette er arbeid, og må foregå på honorert dagtid. Dersom departementet ønsket å oppnå noe så kunne man jo overveid dialog i stedet for mer lesestoff til kvelden.

Ivar Halvorsen

## Ny sykmelding; blir det bedre denne gangen?

**Den nye sykmeldingsblanketten fra 1.september 2008 åpner for dialog i hele sykdomsperioden. Formålet med blanketten er å bedre kommunikasjonen mellom den som sykmelder og arbeidsgiver.**

Mange som er eller står i fare for å bli sykmeldt ønsker å jobbe og kan jobbe, om arbeidsgiver legger forholdene til rette. Mange arbeidsgivere har behov for informasjon om hva de kan snakke med den sykmeldte om i oppfølgingssamtalene de er lovpålagt å holde. De aller fleste arbeidsgivere ønsker lavere sykefravær i sin bedrift og er opptatt av å legge forholdene til rette for sine ansatte.

Sykmeldingsblanketten åpner for økt samhandling og introduserer begrepet avventende sykmelding. I mange tilfeller kan arbeidsgiver legge til rette for arbeidstaker, og gjennom dette unngå langt sykefravær. På bakgrunn av legens medisinske vurdering kan arbeidsgiver og arbeidstaker sammen finne fram til løsninger på arbeidsplassen.

Et sykdomsbilde kan endre seg. Meldinger og vurderinger fra den som sykmelder og arbeidsgiver, gir grunnlag for beslutninger om grad av arbeid eller aktivitet. Dette har også mye å bety for arbeidet NAV gjør på områder som inntektssikring og oppfølging. Erfaringer viser at jo lengre vi er sykmeldt

*”Det er to hovedveier å gå. Enten åpner du ei dør til aktivitet, eller stenger du den og sier at pasienten har best av å være hjemme en stund. Avhengig av pasienten og situasjonen kan begge være rett. Dette er en av våre viktige oppgaver å finne ut av.”*

Lege

og dermed utenfor arbeidsmarkedet, jo vanskeligere blir det å komme tilbake i jobb. Sykefravær over lengre tid skal følges opp. Har noen vært sykmeldt i åtte uker, har NAV ansvar for å vurdere om den sykmeldte kan gå tilbake i arbeid eller aktivitet, før sykepengene utbetales. I dette arbeidet er legens medisinske vurdering avgjørende. Det samme er saksbehandler i NAV sin forståelse av hvorfor den sykmeldte er så syk at han eller hun må være borte fra jobben enda en stund.

Den nye sykmeldingsblanketten og lovverket som ligger bak, krever mer av oss alle, både sykmelder, arbeidsgiver, NAV og den som står i fare for å bli sykmeldt. Alle

har vi en rolle i sykefraværsløpet. Dialog er nøkkelordet. Det at blanketten er blitt en kommunikasjonskanal mellom lege og arbeidsgiver gjør det mulig å bedre totalopplevelsen for den som er eller står i fare for å bli sykmeldt.

Gry Ellingsen,  
avdelingsdirektør i NAV Rogaland

### Fakta

- Ingen er tjent med sykefravær som varer lenger enn nødvendig
- Tall fra NAV viser at det til en hver tid er omtrent 10 000 mennesker som er sykmeldt i Rogaland
- Se mer informasjon på [www.nav.no](http://www.nav.no)

*”Potensialet ligger i dialog og refleksjon. Det er viktig å huske på at det ikke finnes en fasit.”* Lege



# Europas høyeste sykefravær - er en ny sykmeldings- blankett løsningen?

**Hvis du googler “sykefravær” får du 263.000 treff. Jeg har ikke lest alle, men et gjennomgående tema i de jeg har lest er at sykefraværet er for stort og må reduseres.**

Som allmennmedisiner har jeg inntrykk av at en stor del av sykefraværet ikke har sammenheng med sykdom. Flere undersøkelser har da også vist at mange sykmeldte ikke er mer medisinsk syke enn folk som går på jobb. En stor del av sykefraværet har sammenheng med konflikter på jobben, for stort arbeidspress, ekteskapsproblemer, sykdom og dødsfall i familien, slitenhet i svangerskap, manglende lesing før eksamen, alkoholmisbruk, mandagstretthet og andre faktorer, som ikke er sykdom i vanlig forstand.

Er sykefraværet for høyt? Kan det tenkes at sykefraværet ikke er en sykdom men et symptom? Kanskje et symptom på et samfunn, hvor vellykkethet fremstår i tiltakende grad uoppnåelig for mange, samtidig med at velstanden vokser. Det forventes i samfunnet at alle utdanner seg og at alle arbeider. Nesten alle jobber krever at man kan lese, skrive, regne, snakke engelsk, behersker data mm. Nesten alle kvinner arbeider, alle skal vi arbeide til vi blir 67 eller helst 70 år, og den reelle arbeidsledighet er nesten null.

Jeg ser ingen grunn til å tro at nordmenn er mer syke enn andre europeere. Kanskje er nordmenn faktisk mindre syke enn de fleste andre. Er nordmenn da innbilt syke? Det tror jeg heller ikke, men vi har kanskje verdens beste sykefraværsordning, og mange bruker ordningen. Er det godt eller dårlig? I min hverdag ser jeg eksempler på begge deler.

Mye av debatten om sykefraværet minner meg om absurd teater. Problemet angis å være at legene sykmelder for mange, og at de sykmeldte er dovne og arbeidssky. Da må

løsningen være at du og jeg skal bli strengere, og at moralen til de sykmeldte skal høynes. Noen synes å mene det. Det brukes virkemidler som informasjonkampanjer, inkluderende arbeidsliv, aktiv sykmelding, delvis friskmelding, dialogmøter, kontroll og nye sykmeldingsblanketter.

Alt dette kamuflerer at det til nå ikke har vært politisk vilje til å endre på sykefraværet. Det er mange effektive virkemidler. De stiller strengere krav knyttet til sykmelding: karensdager, reduksjon av sykepengene, kortere periode med rett til sykepenger, økt arbeidsgiverperiode, svekket oppsigelsesvern. Mitt inntrykk er at man ikke kan endre på sykefraværet uten å endre på disse grunnleggende vilkår.

Spørsmålet er om vi egentlig ønsker å redusere sykefraværet? Til nå har det ikke vært vist noen reell politisk vilje. Jeg er usikker på om det er en god idé å redusere sykefraværet; men det er det vi må diskutere.

Derfor vil våre pasienter fortsatt “sykmelde seg” og vi vil fortsatt sykmelde våre pasienter. Jeg sykmelder med god samvittighet, og jeg er ikke så megaloman, at jeg tror at jeg er ansvarlig for sykefraværet eller at jeg har makt til å minke det. Sykefraværet er komplisert “problem”. Det er ikke så mye jeg er sikker på, men at en ny sykmeldingsblankett ikke endrer på sykefraværet - det er jeg ganske sikker på!



Jacques Honoré

# Sykefravær smitter

## Sykefraværet øker. Er arbeidslivet for lite inkluderende? Eller handler dette om en endring i folks vilje til å jobbe?

MARI REGE, førsteamanuensis i økonomi, Universitetet i Stavanger  
Først publisert: 10.10.08 i Aftenposten

Statistisk sentralbyrå har nok en gang meldt om økning i sykefraværet. I dag er det på 6,9 prosent. Høyt fravær blant de unge er spesielt urovekkende.

Til tross for et omfattende arbeid med å gjøre det norske arbeidslivet mer inkluderende, er sykefraværet i Norge fortsatt blant de høyeste i verden. Kanskje dette tilsier at et lite inkluderende arbeidsliv ikke er hovedårsaken til vårt høye sykefravær.

Kan økningen i folks sykefravær skyldes en endring i folks vilje til å arbeide? En anerkjent svensk professor i samfunnsøkonomi, Assar Lindbeck, har lenge advart mot utvikling av fraværskulturer i generøse velferdsstater, som Norge og Sverige.

### Smitteeffekter

Lindbecks utgangspunkt er at vår vilje til å arbeide er styrt av sosiale normer. Hardt arbeid er knyttet til sosial status fra omgivelsene. Dette gjelder spesielt i lokalsamfunn, der mange jobber og identifiserer seg med arbeidet. I et lokalsamfunn med høyt sykefravær, er det sosialt akseptert å være sykmeldt. Dersom mange ikke jobber, er det ikke så viktig å jobbe selv heller. Slik oppstår smitteeffekter.

I en omfattende studie med tittel Social Interaction and Sickness Absence har Lindbeck sammen med kolleger nylig dokumentert betydelige smitteeffekter i svenske sykefravær. Studien viser at en persons sykefravær øker med 0,7 dager i året, dersom sykefraværet blant andre i hans nabolag i gjennomsnitt øker med 1 dag i året.

Lindbecks utfordring har vært å finne en måte å måle smitteeffekten på. Det er mange grunner til at folk i samme lokalsamfunn har samme sykefravær, uten at dette nødvendigvis skyldes smitteeffekter. For eksempel kan det skyldes alderssammensetning, eller at mange i lokalsamfunnet jobber i samme næring. Lindbecks studie benytter tre ulike tilnæringer for å omgå dette problemet. Hver tilnærming dokumenterer betydelige smitte-effekter.

Først utnytter studien det faktum at sykefraværet er høyere i offentlig sektor enn i privat sektor. Tanken er at dersom smitteeffekter finnes, må sykefraværet være høyere i et nabolag der mange er ansatt i offentlig sektor, selv blant dem som jobber i privat sektor.

Analysen viser at det høye sykefraværet i offentlig sektor smitter over på privat sektor i samme lokalsamfunn. Dersom andelen med offentlig ansatte er 10 prosent høyere i nabolag A sammenlignet med nabolag B, så er sykefraværet i privat sektor i gjennomsnitt 0,4 dager høyere pr. år i nabolag A, sammenlignet med sykefraværet i privat sektor i nabolag B.

### Valg av bosted

Et problem med å måle smitteeffekter på denne måten kan være det man kaller selvseleksjon. Det kan for eksempel være at folk i privat sektor med høyt sykefravær foretrekker å bo i lokalsamfunn med høy andel offentlig ansatte som også har høyt sykefravær. Da er det ikke smitteeffekter forfatterne har dokumentert, men ganske enkelt det at forskjellige folk velger å bo i forskjellige lokalsamfunn.

I sin andre tilnærming omgår forfatterne dette problemet med å se på endring i sykefravær blant folk som flytter. Ved å se på endring i sykefravær kontrollerer forfatterne for selvseleksjonen beskrevet ovenfor. Analysen viser at dersom en person flytter til et nabolag som har mindre sykefravær enn sitt foregående nabolag, så vil han selv redusere sitt sykefravær.

### Innvandrere påvirkes

Studiens siste tilnærming ser på hvordan sykefraværet til innvandrere er avhengig av sykefraværet i deres første svenske lokalsamfunn. Igjen er smitteeffektene slående. Analysen viser at innvandrenes sykefravær er 0,6 dager høyere dersom de havner i et lokalsamfunn hvor sykefraværet i gjennomsnitt er 1 dag høyere, sammenlignet med et annet lokalsamfunn.

Spesielt interessant er det at smitteeffekten er størst for innvandrere fra andre nordiske og europeiske land. Dette forklarer forfatterne med at folk fra disse landene integrerer seg i større grad i det svenske samfunnet og dermed blir lettere påvirket av svenskenes sykefravær.

På tre forskjellige måter har Lindbeck vist at sykefravær smitter. Dokumentasjonen er urovekkende, fordi smitteeffekter kan føre til utvikling av fraværskulturer. Vi kan få lokalsamfunn der det ikke føles så viktig å gå på jobb, fordi så mange andre ikke jobber. Dette kan bli svært dyrt, både for næringslivet og staten.

Fravær i arbeidslivet har større sosial aksept nå enn tidligere.

### Norge verst

Det er mye som tyder på at Norge bør være bekymret for utvikling av fraværskulturer. Flere spørreundersøkelser i Norge viser at holdninger til arbeid og trygd har endret seg. Fravær i arbeidslivet har større sosial aksept nå enn tidligere. I tillegg ser vi at store deler av sykefraværet er innenfor ikke-verifiserbare diagnoser. Vi ser også store geografiske variasjoner i sykefraværet som ikke kan forklares med alderssammensetning eller andre kjennetegn.

Samtidig som Norge har verdens høyeste sykefravær, har også Norge brukt mer ressurser enn de fleste andre land på å lage arbeidslivet mer inkluderende. Dette kan tilsa at arbeidet med å redusere sykefraværet er fundert på feil forutsetninger. Hovedårsaken til det høye sykefraværet er nok ikke at arbeidslivet er for lite inkluderende, men at det har vært en endring i folks vilje til å jobbe.

# Med rett til å psykemelde

## Sykefraværet er for høyt. Derfor må flere kunne sykemelde.

Dette er tittelen på en tankevekkende artikkel i Morgenbladet 10.10.08. Forfatterne Kristine Bærøe er filosof og PhD-kandidat ved Universitetet i Bergen. Benedicte Carlsen er antropolog og forsker ved Rokkansenteret i Bergen. Hva tenker slike universitetsfolk om sykmelding? Artikkelen kan leses i sin helhet på nettet, her kommer noen klipp:

**Myndighetene åpner** for at psykologer skal kunne sykemelde, men omgår spørsmålet om hvordan man kan sikre en rimelig og rettferdig sykemeldingspraksis. Vi trenger kunnskap og debatt om det normative, skjønsmessige grunnlaget for fordeling av offentlige ressurser generelt og i form av sykelønn spesielt.

I nok et forsøk på å redusere sykefraværet, denne gangen i forbindelse med psykiske lidelser, blir sykemeldingsoppgaven forsøkt fordelt mellom flere aktører i helsevesenet. Fra 2009 blir det igangsatt en forsøksordning i Telemark og Akershus som gir psykologer rett til å sykemelde pasienter for opptil 26 uker.

**Norges helselover** og forskrifter er basert på et holistisk sykdomsbegrep som innebærer at retten til forsvarlig helsehjelp inkluderer både objektivt observerbare medisinske tilstander og subjektivt rapporterte lidelser, inkludert psykiske lidelser. Samtidig er loven streng med hensyn til at det kun er medisinske, og ikke økonomiske eller sosiale årsaker, som gir grunnlag for sykemelding. Imidlertid er grensene for når en jobbkonflikt eller en sorgreaksjon utløser psykiske tilstander som legitimerer arbeidsuførhet, ikke entydige.

Legene er tilkjent vide skjønsmessige fullmakter. De står fritt til å definere det prinsipielle grunnlaget for når man med henvisning til psykisk lidelse kan utløse offentlige ressurser. Det er opp til legen å

avgjøre hvorvidt sykemelding er riktig løsning når pasienten opplever det som en psykisk belastning å gå på jobb, enten opphavet til tilstanden er jobbrelatert eller skyldes forhold i privatlivet. Diagnosekriteriene for lettere psykiske tilstander er tøyelige i henhold til skjønsmessige vurderinger på måter somatiske diagnoser ikke tillater.

En vurdering av behovet for sykemelding må basere seg på pasientens egen tilstandsbeskrivelse, og på oppfatninger om hvor langt pasienten bør kunne strekke seg. Legers, og nå psykologers, skjønsmessige oppfatning av hva som bør forventes av den enkelte pasient, henger også sammen med deres individuelle forståelse av formålet med sykelønnsordningen: Bør den anvendes for å jevne ut urettferdig fordeling av uheldige omstendigheter for pasienter som i en periode sliter med å gå på jobb når situasjonen ikke fanges opp av andre velferdsordninger?

**Vi vet lite** om hvilke premisser legene faktisk legger til grunn når de på bakgrunn av individuelle politiske og moralske oppfatninger fordeler offentlige ressurser. Men forskning utført ved Høgskolen i Oslo viser at når det gjelder uføretrygd, varierer legers vurdering av ett og samme tilfelle. Det vil alltid hefte vilkårlighet ved beslutninger som i stor grad må begrunnes skjønsmessig. Dermed undergraves prinsippet om likebehandling som styrende norm for en rettferdig fordeling av velferdsgoder generelt, og sykemeldinger på basis av lettere psykiske lidelser spesielt.

Videreviserstudier utført ved Rokkansenteret at allmennleger ofte gir etter for press fra pasienter til å sykemelde, selv når legen finner dette urimelig. Dette er et annet aspekt ved vilkårligheten i denne typen beslutninger, en vilkårlighet som minsker sannsynligheten for likebehandling. Så lenge de normative grensene for sykelønn i konkrete

situasjoner ikke er avklart, er det heller ikke klart hvem som har moralsk autoritet til å avgjøre hva som er rimelige beslutninger i gråsonesituasjoner.

**Både leger** og psykologer vil nå fatte beslutninger på bakgrunn av 1) et rigid, men generelt regelverk, 2) tøyelige diagnosekriterier, 3) utstrakte skjønnsfullmakter og 4) pasienters forventninger. For å sikre likebehandling trengs en kvalitetssikring av den profesjonelle skjønnsutøvelsen, og dette må innebære en politisk avklaring av hvordan de institusjonelle spenningene skal håndteres. Er det ønskelig at de profesjonelle har så stort rom for skjønn? Trenger vi nye velferdsordninger, som for eksempel utvidet rett til velferdspermisjon?

For å gi velbegrunnede svar på disse spørsmålene trenger vi empirisk forskning som kan kaste lys over konkrete erfaringer fra sykemeldingspraksis. Forsøksordningen gir her en gylden sjanse til å innhente informasjon det ellers er vanskelig å få tak i. Psykologene som deltar i forsøket kan for eksempel levere et anonymisert «tilleggsregnskap» for hver enkel sykemelding, der de redegjør for de konkrete grunnene til sykemeldingen. Tilsvarende bør hentes inn fra et utvalg leger. Dette materialet kan analyseres og brukes som grunnlag for en offentlig, opplysende debatt om hva vi som helsepersonell og pasienter med rimelighet bør forvente oss av sykemeldingsordningen.

En offentlig diskusjon vil ikke bare løfte opp og synliggjøre et beslutningsgrunnlag som så langt har vært mørklagt. Gjennom demokratiske prosesser kan det også utvikles retningslinjer som tilfører sykemeldingsordningen legitimitet, reduserer vilkårlighet og styrker likebehandlingsprinsippet i sykemeldingspraksisen.



# Hallo NISSY. Farvel egenandelskort.

Les hva NISSY er, og hvorfor Helsenett kanskje ikke er så dumt likevel... Dersom ting går som planlagt, vil vi oppleve en liten digital revolusjon i helsevesenet i 2009 – og si farvel til egenandelskortet 1. januar 2010!

NISSY er *Nasjonalt informasjonssystem for pasienttransport*, og blir en integrert del av pasientflyten fremover. 13 måneder etter at dette nummeret av Sydvesten går i trykken, skal rekvisisjonsblokkene være en saga blott, og all rekvisisjon og refusjon av pasientreiser skal foregå elektronisk. Og ikke nok med det ... egenandelskortet forsvinner også!

Milly Sivertsen er leder for pasientreiser i Helse Stavanger. Hun forklarer bakgrunnen for endringen:

– Finansieringsansvaret for syketransport og reiseutgifter ble overført fra folketrygden (nå NAV) til Regionale Helseforetak 1. januar 2004. I den forbindelse ble det vedtatt å anskaffe et egnet nasjonal IKT-system, som skulle sikre effektiv drift av syketransport, sikre riktige utbetalinger og gi nødvendig styringsdata for virksomheten. Systemet skulle fokusere på syketransporten som en integrert del i en helhetlig pasientbehandling.

– *Når ble NISSY født?*

– NISSY ble innført i alle helseforetak høsten 2007, og består av 4 moduler;

1. Rekvirentmodul (behandlere)
2. Planleggingsmodul (kjørekontor)
3. Oppgjørsmodule (oppgjørskontor)
4. Administrasjonsmodul (superbrukere)

– *Hvem kan bestille pasientreiser elektronisk i dag?*

– I utgangspunktet kan alle som er tilkoblet Norsk Helsenett bestille elektronisk. For å få tilgang til rekvirentmodulen, må behandlere få tildelt brukernavn og passord av superbrukere ute i helseforetakene. I dag

rekvirerer alle avdelinger/behandlere i eget HF elektronisk til pasienter som skal reise over kommunegrensene.

– *Når vil dagens ordning med papirbasert bestilling opphøre?*

– NAV innfører en elektronisk frikortløsning som innebærer at frikort sendes automatisk til brukerne når beløpsgrensen for frikort er nådd. Den elektroniske frikortløsningen vil driftsettes i skyggedrift/pilot fra 1.1.2009 og i fullskala 1.1.2010. Dette innebærer at all egenandelsinformasjon (fødselsnummer, betalt egenandel og dato) på konsultasjoner og pasientreiser skal overføres elektronisk til NAV før utgangen av 2009.

Senest 30.06.09 må ALLE rekvisisjoner vedr. syketransport med taxi registreres i NISSY. Det innebærer at behandlere som skriver papirrekvisisjoner etter denne datoen MÅ:

- a. Informere pasientene om bestillingsrutiner
- b. Pasienten må ringe Pasientreisekontoret slik at papirrekvisisjonen kan registreres elektronisk før bestillingen sendes til transportører med avtale.
- c. Dagens ordning med å ringe direkte til taxiselskapene for å bestille reiser innenfor egen kommunegrense, bortfaller.
- d. NAV vil ikke på Helseforetakenes vegne refundere syketransport reiser med taxi, dvs. behandler må utstede rekvisisjoner før reisen finner sted.

– *Hvordan vil bestilling av pasientreiser foregå fra et legekort i fremtiden?*

– Rekvisisjonsmodulen vil bli integrert i EPJ-systemene som brukes av primærlegene

i dag. Legekontorene vil med noen tastetrykk kunne lage en elektronisk rekvisisjon og sende bestillingen elektronisk til pasientreisekontoret.

Status for journalsystemene er som følger:

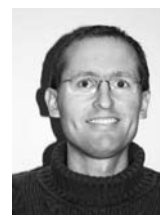
**InfoDoc** Pilot er gjennomført og godkjent. Jobber nå med utsendelse av ny programvare til primærlegene

**ProfDoc** Skal gjennomføre pilottesting ved Ganddal legesenter på Sandnes og et legesenter på Raufoss

– *Enklere for behandlerne, altså. Men hva med pasientene?*

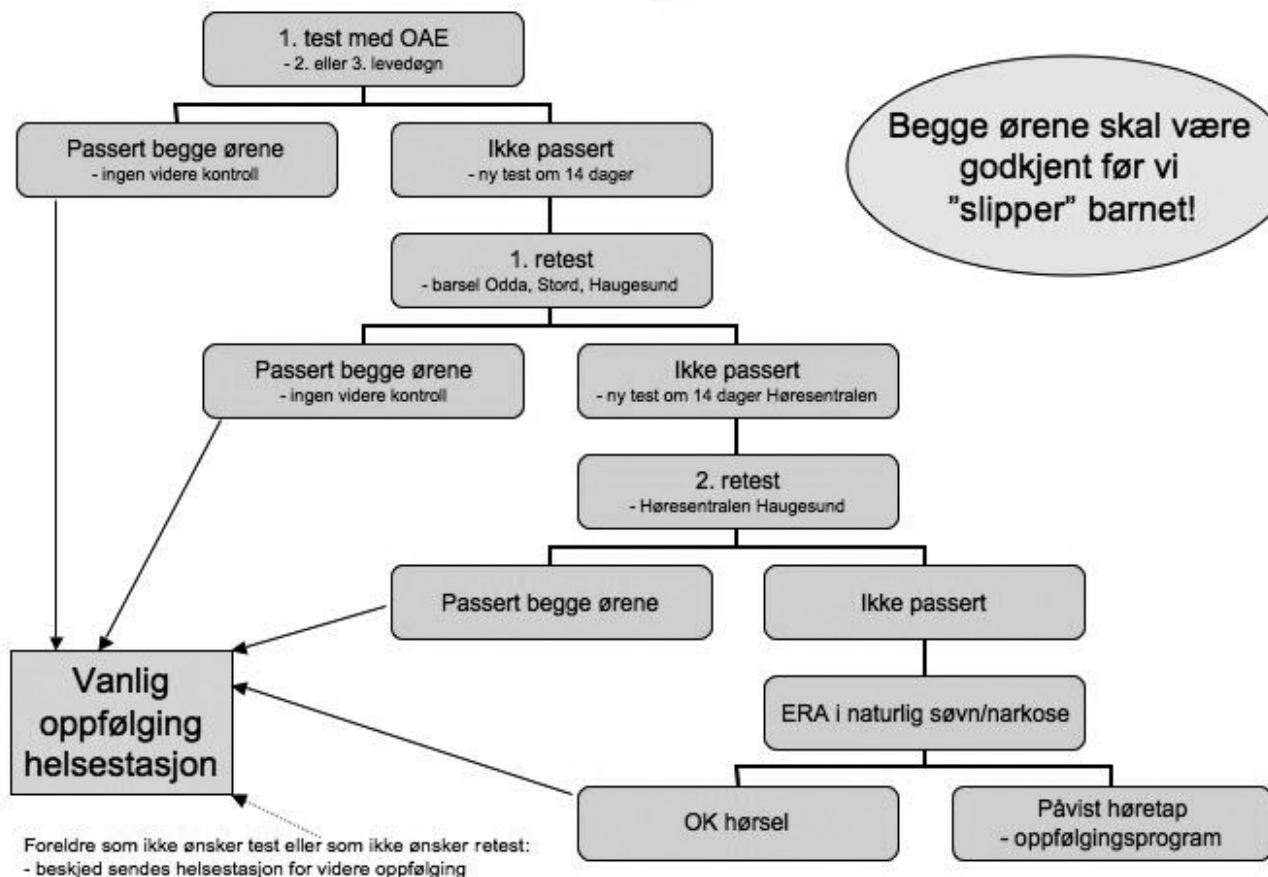
– Elektronisk rekvirering fra behandlere vil medføre store fordeler for pasientene.

1. De vil slippe å motta en papirrekvisisjon som må leveres til transportør når reisen finner sted
2. Sensitiv informasjon som noen ganger kan stå på en papirrekvisisjon vil ikke kunne ses av en sjåfør
3. Betalte egenandeler til transportører, vil elektronisk bli overført til NAV for registrering og hurtig utsendelse av frikort. Egenandelskortet utgår.
4. Pasienter, pårørende, ansatte på legekort slipper å ringe bestillingen inn til pasientreisekontor eller transportør
5. Pasient kan få tilsendt referansenummer. vedr. elektroniske bestillinger på sms.



Knut Vassbø

# Hørselsscreening – Helse Fonna



## Hørselsscreening av nyfødte

På bakgrunn av Sosial- og helsedirektoratets publikasjon: "Retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn" gjennomføres det nå hørselsscreening av alle nyfødte ved barselavdelingene. Retningslinjene for hørselsundersøkelser vil medføre en større omlegging av tidligere praksis. Ansvaret for undersøkelse av spedbarn overføres fra primærhelsetjenesten (helsestasjonene) til spesialisthelsetjenesten (barsel- og nyfødtafdelingene). Anbefalingen er hørselsscreening med otoakustiske emisjoner (OAE) av alle nyfødte barn. I Helse Fonna var oppstart 1. september -08.

OAE tester sansecellene i cochlea. Påvisning av OAE sannsynliggjør hørsel bedre enn ca 30 dB i frekvensområdet 500 – 4000Hz. Man må imidlertid være klar over at OAE ikke kan gi noen informasjon om sykdom retrocochleært. En hyppig feilkilde er væske i mellomøret, her vil man risikere å ikke få utslag på testen. OAE gjennomføres ved barselavdelingen eller nyfødtafdelingen. Om barnet ligger rolig er testen gjennomført på

noen sekunder. Dersom barnet ikke passerer testen på begge ører vil barnet bli testet på nytt ved barselavdelingen. Ved videre fravær av OAE vil barnet henvises hørselssentralen. Se flytskjema utarbeidet for Helse Fonna.

Målet med screeningen er at alle barn skal være ferdig utredet innen tre måneders alder og at hjelpemiddeltilpasning skal startes opp mellom tre og seks måneders alder. Senere kontroller av hørsel skal allikevel inngå i generell helseundersøkelse av barn ved helsestasjon. Det kan foreligge genetisk betingede nevrogene hørselstap som er progressive og kan manifesteres i senere barneår.

Forekomsten av alvorlig hørselstap er ca. 0,1 % ved fødselen og øker til ca. 0,2 % ved syvårsalder pga. sykdommer og ulykker. Selv om man gjennom å innføre screening tar sikte på å oppdage de fleste umiddelbart etter fødselen, må det stadig rettes oppmerksomhet mot barnets hørsel. I kontakt med helsevesenet må det spørres etter reaksjon på lyd, senere om



språkforståelse og utvikling av talespråk. Det anbefales å gjennomføre audiometri på alle barn før skolestart. Målrettede undersøkelser gjøres på vide indikasjoner, og det er aldri feil å lytte til foreldrenes mening om barnets hørsel.



Helga Lunde  
Øre-nese-hals avdelingen  
Haugesund sjukehus

# Trenger mer akuttmedisinsk kompetanse - Sier nei til egen spesialitet

**Trenger vi en egen akuttmedisinsk spesialitet? Nei, mener flertallet av de som deltok på høringsseminar om fremtidens lokalsykehus i oktober. Dyktige leger med akuttmedisinsk kompetanse trenger man derimot mange flere av.**

Av Tove Myrbakk



*Leo Murrey fra Isle og Skye i Skotland hadde mye spennende å berette fra sin legehverdag. Sykehuset på øya drives av primærleger og har en del til felles med Alta Helsecenter. Etter seminaret på Gardermoen var han blant annet på besøk i Alta sammen med kommuneoverlege Kenneth Johansen.*

De fire RHF-ene nedsatte i fjor høst et utvalg som skal se på behovet for å opprette en egen spesialitet i akuttmedisin. Trude Grønlund, Helse Nord RHF, leder gruppa som også skal vurdere om et kompetanseprogram kan være et alternativ til egen spesialitet. Legeforeningen foreslår ikke opprettelse av ny spesialitet, men drøfter om man kan kalle dette et arbeidsområde som man nå gjør i Danmark.

Til høringsseminaret på Gardermoen var det invitert en del fagfolk spesielt, men ellers hadde flere snappet om nyhetene om seminaret helt tilfeldig via nettsiden til Helse Nord og fra kollegaer. Dette har arrangør fått kritikk for i etterkant.

Kristin Lossius, avdelingsdirektør i HOD, advarte forsamlingen om å tenke A- og B-sykehus om akuttstasjon og sykehus med tilpasset akuttfunksjoner.

– Kvaliteten skal være høy uansett sykehustype. I statsbudsjettet for 2009 står det blant annet ”Lokalsykehusene må i større grad innrettes til å kunne ivareta de store sykdomsgruppene der nærhet til tilbudet er viktig, særlig for syke eldre, pasienter med kroniske lidelser, rusavhengige og psykisk syke”.

## **Trenger generalister i 2. linjen**

Anette Fosse stilte spørsmål om hva befolkningen trenger av akuttmedisinske tjenester, og hvem som egentlig har kompetanse her.

– Vi trenger en akuttmedisinsk behandlingsskjede som er tilpasset lokale forhold. Det må stilles samme kvalitetskrav til små og store sykehus. Men hva er kvalitet? Ulike aktører har ulike syn på det. I dag har vi to lokalsykehus som prøvekraner; Mosjøen og Nordfjordeid. De er begge lokalsykehus med tilpassede akuttfunksjoner, og har felles akuttinntak. Vi mangler kunnskap om denne driftsformen nasjonalt. Fosse mener påstanden om at allmennpraktikerne er ”de siste generalister” er en fallitterklæring.

– Hverken befolkningen eller faget er tjent med at vi godtar utviklingen av et gap mellom første- og tredjelinjen. Kompetansejusteringsutfordringen ligger i alle nivåer. Allmennlegene er brede og gode, men det er grenser for hvor bred man kan være og fortsatt være god. Andrelinjen må være sykehusenes generalister med sin overlappings- og sorteringsfunksjon. De dekker opptil 70% av sykehusbehovet.

## **Tre ulike nivåer**

Tom Glomsaker, leder i Norsk Kirurgisk Forening (NKF), mener akuttkirurgisk beredskap trenger en klarere definisjon enn det Helse Sør-Øst bruker i sitt styrevedtak fra april -08. Foreningen kom i høst med et høringssvar i hovedstadsprosessen som er noe annerledes enn det moderforeningen leverte.

– Det må skilles mellom skadepoliklinikk, legevaktarbeid og ikke operativ beredskap. NKF har sendt høringssvar der vi anbefaler tre ulike nivåer; Basissykehus, områdesykehus og regionsykehus. Basis-sykehusene skal ikke ha akuttkirurgisk beredskap, og bør ha et nedslagsfelt på 30 - 100 000. Allmennpraktikerne må ha anledning til å legge pasienter som de vurderer som mest sannsynlig kirurgiske, direkte inn på områdesykehuset.

Glomsaker mener avstander og reisetid er et overdrevet problem i Helse Sør-Øst, men at det er annerledes for Nord-Norge. Han tror også at den multipotente generelle kirurgen i det norske helsevesenet er en utdøende rase.

Olav Røise fra traumesystemutvalget mener alle sykehus trenger kompetanse på





*Gisle Roksund i Norsk forening for allmennmedisin har ingen allmennleger å avgi til akuttmottakene. Sats heller på å utjevne forskjellene mellom sykehus og kommunehelsetjeneste, er hans råd.*

livreddende kirurgiske nødprosedyrer, og tror ikke man vil få dette til på sykehus uten kirurgisk akuttberedskap.

– Det er ikke meningsfylt å sende pasienter til sykehus uten traumeberedskap. Vi har også et stort behov for å styrke den prehospital kompetansen. Allmennlegen skal kunne livreddende prosedyrer og bidra i akuttmedisinske team. Responstiden for ambulansetjenesten er fra 45 minutter til 5-6 timer i perifere strøk. Mellom 40 og 45 prosent av pasientene dør i løpet av de første timene etter en ulykke. Allmennlegen er mange ganger det eneste medisinske ressursen på skadestedet utenom ambulansesepersonellet, men deltar i liten grad i den akuttmedisinske kjeden.

#### **Mest ressurser der behovet er minst**

Hans M. Lossius påpekte at ressursbruken ved alvorlig sykdom/skade er størst i 3. linjen, og minst i starten. Motsatt av effekten behandling har på de ulike stadiene.

– Vi må sette inn støtet på et tidligere tidspunkt enn vi gjør i dag. Mange avanserte intervensjoner kan gjøres tidlig, men krever spesiell kompetanse.

Leder i Norsk Forening for Allmennmedisin Gisle Roksund mener en helsetjeneste basert på en godt utbygget allmennmedisin er best og billigst.

– Dere spør om det er fornuftig med allmennleger i akuttmottaket. Svaret er at vi har ingen å avgi. Det er dere som har ressursene, og burde sånn sett klare det selv, uten vår medvirkning. Når det gjelder felles akuttmottak er det ingen eller sparsomt med dokumentasjon hvordan denne modellen fungerer. Vi tror ikke dette kan bli en gjennomgående modell. Utjevn heller forskjellene. Sats på flere og bedre allmennleger på

dagtid, bedre legevakter og styrkede sykehjem. Det vil redusere trykket på sykehussenes mottak.

#### **Allmennleger driver øyseykehus**

Leo Murray kom helt fra Isle of Skye i Skotland for å dele sine erfaringer som distriktsmedisiner med forsamlingen. Hans legehverdag ligner mye på det mange nord-norske leger opplever. Til sykehuset i Inverness er det 180 kilometer. Alvorlige hodeskader flys til Glasgow som ligger 300 kilometer unna.

– Kirurgen sa opp i 1999. Han hadde gjort alt på det lille sykehuset på øya siden 1970. For å erstatte han trengte man i utgangspunktet et helt team av ulike spesialiteter. Verden var en annen i 1970. Det kirurgiske faget er i dag subspecialisert. Forventningene hos befolkningen og fagets utviklings er helt annerledes. Befolkningen på Isle of Skye ga i 1999 uttrykk for at de kjente seg isolerte og sårbare. Vår utfordring ble å finne ei løsning som de og vi kunne leve med, og som politikerne støttet. Vi endte med å satse på seks GP-ere (allmennleger) med ekstra ferdigheter i akuttmedisin og andre fag. I tillegg har vi et godt system på bruk av ambulerende spesialister. Servicen hos oss er kanskje ikke på linje med de større byene, men vi som er fagfolk her mener den er god nok.

I Danmark har man valgt å ha akuttmedisin som fagområde. Sundhetsstyrelsen ønsker ikke flere spesialiteter. Etterutdanningen varer i to år etter endt spesialistutdanning. Det er ikke begrenset hvilket spesialitet denne utdanningen kan bygge på. Utdanningsforløpet er individuelt og skjer i samråd med mentor eller veileder. Minimum et halvt år skal være på et høytspecialisert sykehus. Leger med stor erfaring kan få godkjent praksis.

Eldar Søreide, Professor og Seksjonsoverlege på Stavanger Universitetssykehus, mener anestesilegen er dagens akuttmedisiner.

– Anestesiologen kan gjenopprette og sikre vitale funksjoner, samt gi avansert smertebehandling i akuttmottak og prehospitalt. Han kan være teamleder for akuttteam innenfor og utenfor sykehus og medisinsk systemoperatør også i et tverrfaglig akuttmottak. Akuttmedisin og akuttmottak er en del av den totale anesthesiologiske aktivitet. Det blir feil å få en ny spesialitet. Vi må tenke team og samhandling. Det må være pasientforløpet som må være utgangspunktet, sa han.

# Frikort- kontrollen 2008

Jeg har inntrykk av at det er mindre problemer med avviste frikort i år. Det ene kortet jeg har fått avvist var pga problemer hos NAV. Jeg har ikke fått rapportert frustrasjoner fra andre i år så jeg antar derfor at problemet er mindre men for sikkerhets skyld får dere her en repetisjon av hvordan man lettest skal håndtere problemet.

Når pasienter får frikort anbefales det at legen/sekretæren noterer dato for utstedelse og NAV nummeret som står på frikortet i journalen. (Ikke noter frikortnummeret slik mange har gjort).

Dersom frikort avvises fra NAV HTF sender legen opplysninger om avvist frikort med gjeldende regningsnummer/ oppgjørnummer og noterte opplysninger om frikortet til:

[nav.helsetjenesteforvaltning.vest@nav.no](mailto:nav.helsetjenesteforvaltning.vest@nav.no)

Eposten merkes: "Avviste frikort direkteoppgjør".

Da vil dette videresendes til de som jobber med legeoppgjør hos NAV.

Dersom dere ikke har email bør dere ringe 52 04 75 50 (sentraltbord) og be om å få snakke med Marianne Gjersdal eller andre som jobber med legeoppgjør. De vil da spore opp feilen og foreta utbetaling dersom feilen ligger i NAV systemet. Legen skal ikke måtte utføre denne jobben!.



Jan Robert Johannessen  
Hinnatrekanten legesenter

# Styret i Rogaland legeforening for perioden 2007-2009

Navn	Verv	Arbeidsplass	Telefon	E-post
Ivar Halvorsen	Leder	Fastlege/overlege i Stavanger kommune Køhler legesenter, Stavanger	M 99 29 85 62	M 99 29 85 62
Linda Hatleskog	Styremedlem Nestleder	Ass. fylkeslege, Fylkesmannen i Rogaland	M 48 03 88 08	hatlesko@hotmail.com
Bjarne Bråtveit	Styremedlem	Kommunelegen i Suldal Eidsvegen 3, 4230 Sand	M 40 40 63 35 P 52 79 23 00	bjbraatv@online.no
Helga Lunde P 52 71 33 49	Varamedlem	Lege i spesialisering, øre-nese-hals avdelingen, Haugesund sjukehus	M 41 14 64 82	helgalunde@hotmail.com
Knut Vassbø	Varamedlem	Kommunelege I, Bjerkreim Fastlege Bjerkreim Legekontor	M 41 22 15 25 P 51 45 26 21	kvassbo@hotmail.com
Jan Robert Johannessen Vara: Bjarte Sørensen	Allmennlegeforeningen (APLF)	Hinnatrekanten legesenter, Stavanger Stokka sykehjem 20 % stilling	M 92 85 29 13 P 51 58 26 44	jrjarb@broadpark.no johannessen@hinnatrekanten.no
Hans Petter Torvik Vara: Egil Bjørløw, helsesjef i Stavanger	Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA)	Kommuneoverlege i Sandnes Pb 583, 4305 Sandnes	M 90 11 50 05	hpt@lyse.no
John Helle Vara:	Norsk arbeidsmedisinsk forening (Namf)	Mediteam AS Verksgt. 62, 4013 Stavanger	M 40 85 05 00 A 51 85 61 11	john.hjelle@mediteam.no
Erna-Gunn Moen Vara:	Norsk Overlegeforening (Of)	Voksenpsykiatrisk avdeling, SUS	M 41 49 54 53	egnn@sus.no
Johan Bergh Vara:	Praktiserende Spesialisters Landsforening (PSL)	Spesialist i gynekologi og obstetikk, Madlagården Legegruppe	M 90 16 47 36 P 51 59 97 85	johan.bergh@lyse.net
Alexander Seldal Vara: Christer Aase, Helse Fonna	Yngre legers forening (Ylf)	Lege i spesialisering, ortopedisk avdeling, SUS	M 92 42 79 60 P 51 88 21 21	seal@sus.no

## LEGE FOR LEGER

Ordningen Lege for leger ble i sin tid opprettet fordi leger viser seg å ta dårlig vare på seg selv ved sykdom. Terskelen for å søke hjelp er for høy.

Fastlegeordningen ivaretar det samme som vår gamle ordning. Derfor oppfordrer Rogaland legeforening alle leger til å skaffe seg en fastlege, ved å ringe eller skrive til den man ønsker. Vi mener at leger bør kunne velge sin fastlege, uavhengig av fulle lister/plass osv. Fastlegene oppfordres til å ta imot kolleger som melder seg.

Så du bør spørre rundt, og velge en lege, og så ta en telefon eller skrive brev. Gjerne si at du gjør dette etter råd fra Rogaland legeforening.

Ivar Halvorsen  
leder

## OPPSIGELSE AV VERKSGATEN 62

Rogaland legeforening har flyttet ut av kontorlokalene i Verksgaten 62. Sekretæren bruker nå hjemmekontor og følgende ny postadresse og nytt telefonnummer er nå gjeldende:

**Rogaland legeforening**  
Postboks 3049 Hillevåg  
4095 Stavanger  
Tlf.: 928 57 712

## JUBILANTER

### NN 50 år

Gladgutten fra Tasta er endelig blitt voksen. Etter å ha jobbet som nordsjøarbeider og trailersjåfør, har han endelig landet på det som ligger hans hjerte nærmest, nemlig alternativ behandling. Han driver praksis hos På go´fot med kroppen som terapeutisk massør, kvantemedisinsk behandler og hypnoterapeut/analytiker.

I fritiden lærer han seg å spille trekkspill. Han har begynt å sysle med politikk, og på selveste dagen er han på årsmøte med Frp.

Stavanger Aftenblad, 14.10.08



**Rogaland legeforening**  
DEN NORSKE LEGEFORENING



**HELSE STAVANGER HF**

Rogaland legeforening og SUS inviterer igjen i fellesskap til stort temamøte - åpent for alle leger. Møtet utgjør en del av allmennlegenes faste kursuke.  
- Hensikten er dobbel. Vi vil både få belyst et aktuelt helsepolitisk tema og gi leger i og utenfor sykehuset en anledning til å treffes.

**Torsdag 12.02.08, i Stavanger Forum**  
**Temaet nærmer seg klart – det blir noe om vårens mantra: Samhandlingsreformen**

**Statssekretær Ellen B Pedersen kommer.**  
**Sett av dagen, du også.**

## HLR

### HELSETJENESTE FOR LEGER I ROGALAND

Rogaland legeforening,  
Postboks 3049, 4095 Stavanger

### STØTTELEGER I ROGALAND LEGEFORENING

#### Stavanger:

Avdelingsrådgiver:  
Terje Vevatne,  
Tananger legesenter, 4056 Tananger,  
Tlf. arbeidstid: 51 71 89 22,  
privat: 51 54 23 71, mobil: 905 65 445,  
e-post: tvevat@online.no  
Reno Karlsen, Dr. Karlsens legesenter,  
Stavanger, Tlf. 51 89 41 55,  
privat: 51 56 06 43, mobil: 915 56 700,  
e-post: renomk@online.no  
Kjell Løvslett, gyn.avd., Sus,  
Tlf.: 05151

Halvor Kyllingstad, Tasta legesenter,  
Stavanger, Tlf.: 51 54 52 50 / 60,  
privat: 51 66 85 17, mobil: 414 89 063

#### Haugesund:

Anne Faksvåg, psyk.avd. Fsh,  
Tlf.: 52 73 20 00, privat: 52 73 52 86  
Åse-Britt Sannes, Legekontoret SØR,  
Tlf.: 52 73 73 66, privat: 52 71 63 81  
Thorolf Holst-Larsen, gyn.avd. Fsh,  
Tlf.: 52 73 20 00, privat: 52 71 40 82,  
mobil: 924 82 335

#### Jæren:

Pernille Nylehn, Orstad legesenter,  
Orstadvn. 191, 4353 Klepp stasjon,  
Tlf.: 51 78 98 60 / 922 42 957

Dette er erfarne kolleger som kan kontaktes ved behov for kollegastøtte. De skriver ikke journaler - tar ikke betalt og skal gi støtte uansett årsak til behovet for hjelp. De har likevel en taushetsplikt som er muligens enda strengere enn den vi lever med hver dag. De vil kunne bistå med støttende råd og handling selv om du har et problem du vet kommer i kategorien uetisk eller "ulovlig" - eller kanskje du bare ønsker å ha en som du kan luften dine bekymringer med? Muligens trenger du råd på grunn av somatiske plager? Der er en ikke ukjent problemstilling. Vi tar også imot bekymringsmeldinger av typen omsorg dersom du vet en god kollega trenger støtte.

Vi tar ofte kontakt direkte med en som eventuelt er omtalt negativt i pressen.

*Terje Vevatne,*  
*Avd.rådgiver i Rogaland legeforening*



# EMNEKURS

## BLÅLYSDAGER

Det blir to-dagers emnekurs/klinisk emnekurs i Akuttmedisin i samarbeid med Stavanger Universitetssykehus, 26.-27.3.09 i lokalene til Safer i Stavanger.

Kurset vil kreve forberedelse og bestått internettbasert teoritest i AHLR før fremmøte. Emnekurs i akuttmedisin blir obligatorisk for godkjenning av allmennspesialiteten fra 2012. Vi planlegger allerede at det skal bli slike kurs i februar og november måned hvert år, som skal tilfredsstillere kravene for dette. Neste kurs blir november 2009.

Mer informasjon om disse kursene finnes på nettsiden vår [www.legeforeningen.no/rogaland](http://www.legeforeningen.no/rogaland)

## PALLIATIV MEDISIN

I uke 7/2009 blir det ettermiddagskurs i Stavanger Forum. Her blir hovedtema palliativ medisin.

Det blir også igjen fellesmøte åpent for alle leger, i regi av Sus og Rogaland legeforening; denne gang om samhandlingsreformen.

Nytt av året er at det satses på at dette kurset kun skal gå over 4 dager, altså med FRI FREDAG.

Mer informasjon kommer når det er klart.

## NYE MEDLEMMER TIL KURSKOMITÉEN SØKES

For å fortsatt kunne lage lokale kurs, søker vi erstattere for avtroppende medlemmer i kurskomiteen. Medlemmer i Rogaland legeforening, som kan tenke seg den utfordring det er å arrangere kurs for seg selv og andre, oppfordres herved til å kontakte oss. Send gjerne en e-post til [rogaland.legeforening@c2i.net](mailto:rogaland.legeforening@c2i.net).

Nå har DU sjansen til å prege kursene til å bli slik DU alltid har ønsket dem!!!

Husk også våre nettsider: [www.legeforeningen.no/rogaland](http://www.legeforeningen.no/rogaland).