

Syd-Vesten

MEDLEMSBLAD FOR ROGALAND LEGEFORENING NR. 1 • ÅRG. 15. 2009



LEDEREN

Reform? Følg pengene!

Helseministeren virrer litt. Han gikk høyt på banen med å erklære at vi skal få en Samhandlingsreform. Ved nærmere ettertanke ser det ut til å bli en ny overskrift - Kommunehelsereform. Det å skifte mening når man har fått tenkt seg om er antakelig ikke helt korrekt politisk, men det avtvinger respekt.

Reformer kommer og går, de fleste går i glemmeboken nokså raskt. Det som får betydning er endringer i hvor pengene strømmer. Sykehusreformen er et godt eksempel, psykiatrireformen like så. Vi er visstnok midt i en rusreform. Hva det blir av den kommer også til å henge sammen med hvor store midler man setter inn, når det kommer til stykket.

Vi bruker nå mye penger i det norske helsevesenet. Ifølge Hansen buker vi nå 102 milliarder, grovt sett en dobling på 7 år. Det burde ha vært bedre å være lege nå enn for 50 milliarder siden. Hvorfor det ikke er slik er en gåte for de fleste. Erna Solberg deltok i allmennlegenes helsepolitiske debatt

på Soria Moria i oktober. Hun bekjente, på vegne av mange, at man i politikken verden ikke har Løsningen. Legeforeningen har heller ikke flagget noen løsning, knapt nok en retningsviser. For øyeblikket ser det ut til at vi som nasjon har mer penger enn ideer. Dessverre. Men kanskje med ett unntak, helseministeren selv. Hans tanker om at vi må bruke mer penger utenfor sykehuse er i alle fall spenstige nok.

Den dagen Bjarne Håkon Hansen ble utpekt som ny helseminister ringte Stavanger Aftenblad. Man ville gjerne vite hva legeforeningen syntes om den nye ministeren. Jeg svarte at jeg for min del så frem til ministerskiftet med skrekkblandet fryd. Handlekraft – ja takk. Bare at pengestrømmen tar en god retning. De friskeste av utspillene hans kan gi noen og enhver nervøse rykninger.

Når det kommer til stykket er det gjerne en ting som teller, uavhengig av alle reformer: value for money, får vi helse for hver krone? I min verden utenfor sykehuset betyr det

ikke å finne bedre veier for køene, men å la være å utrede bagatellene. Det store spørsmålet er ikke å gjøre det nyttige på en bedre måte, men å skille skitt fra kanel, hummer fra kanari, på et tidligst mulig tidspunkt. 2700 nye fastleger kan hjelpe for noe, men ikke uten et sunt forhold til dette kjernepunktet i det allmenmedisinske faget. Betydelig økt antall leger i sykehusene har vi nå prøvd, uten åpenbar suksess. Jeg vet ikke, men jeg tror - at legene selv kan sitte med viktige nøkler til et bedre helsevesen. Helseministeren ser ut til å satse på gamle LEON. Jeg ser fortsatt fram til helseministerens vårslipp av en kommunehelsereform, med skrekkblandet fryd, og håp om en passe rikelig og treffsikker pengestrøm.



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:

Ingrid Blomgren
«Bondhusbreen»

Utgiver:

Cox Bergen as

Annonser:

Cox Bergen as
Cecillie Dahle
Tlf.: 55 54 08 15
Mail: cecillie.Dahle@cox.no

Grafisk fremstilling:

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

Trykk:

Scanner Grafisk

Gruppeterapeutisk tilbud på Stavanger DPS

Torbjørn Eide Særvoll, leder dagavdelingen Lassa

HVORFOR HENVISE TIL GRUPPETERAPI?

Som mennesker har vi mange forskjellige måter å møte og forholde oss til følelseslivet og psykiske utfordringer på, og det finnes mange forskjellige behandlingstilbud.

Gruppeterapi som behandlingsmetode har fått en økende betydning innen psykiatri og psykisk helsevern de siste 20 år.

Gruppeterapi har vist seg å være vel så virksomt som individualterapi i forhold til å avhjelpe psykiske vansker. Problemene har som oftest oppstått i samliv med andre, og de kan også ofte best løses i en slik sammenheng.

I gruppen legges det vekt på de sunne og helsefremmende krefter som deltakerne representerer, selv om gruppen består av enkeltpersoner som alle har psykiske problemer. Gruppen vil samlet kunne forstå hverandre og hjelpe hverandre til innsikt og endring.

Gruppen representerer situasjoner hvor man kan lære noe vesentlig om seg selv og sin lidelse, samtidig som man kan være til hjelp for andre med sine erfaringer overfor medpasienter.

Pasienten bringes inn i en sosial situasjon der han har mulighet for å uttrykke seg fritt, føle seg forstått og vise forståelse for andre. Han er likeverdig og på lik fot med de andre i gruppen.

I gruppen kan man også dele erfaringer med, og identifisere seg med andre som sliter med psykisk sykdom og nervøse plager. Man kan gjenkjenne hos andre pasienter tendensen til å flykte vekk fra, eller fornekte, smertefulle følelser, og man kan lære å gi uttrykk for egne behov og følelser direkte.

I gruppen kan symptomet, som uttrykkes via språket, bli forstått som et problem man kan forholde seg til og håndtere på en hensiktsmessig måte.

Det drives grupper tilpasset spesielle pasientkategorier og etter ulike modeller:

På Stavanger DPS, Lassahagen, Daggruppoliklinikken gir vi tilbud om:

AFFEKTBEVISSTHETS-GRUPPE

Målgruppe:

- Mennesker med angst og / eller depresjonsproblem.
- Affektbevissthetsterapi i gruppe dreier seg om gruppeterapi med fokus på evnen til å gjenkjenne ulike følelser, tenke over dem og uttrykke dem slik at man kan ta vare på seg selv i forhold til andre på en hensiktsmessig måte.

Terapeutiske faktorer i gruppeterapi:

- Installering av håp
- Altruisme - være til hjelp for andre
- Universalitet - andre har det på samme måte som jeg
- Læring - råd fra andre, modell-læring
- Økt selvforståelse, bevissthet og innsikt
- Økt samtale/dialog- kompetanse

- Affektbevissthetsmodellen er utviklet av Jon og Kirsti Monsen, Institutt for Affektteori og Psykoterapi.
- Gruppen har maks 7 deltakere, 2 timer 1 dag/uke i ca 4 måneder.

Oppstart februar og september.

SEPONERING AV B-PREPARATER

Målgruppe:

- Mennesker med angst og/eller depresjonsproblemer som bruker B-preparater daglig.
- Målsettingen for gruppedeltakelse er nedtrapping og seponering av B-preparater og økt Affektbevissthet.

Før oppstart av selve gruppebehandlingen tilbyr vi:

- Motiverende samtaler der det bl.a. blir lagt vekt på undervisning om virkninger og bivirkninger ved bruk av disse medikamentene, toleranseutvikling, fysisk og psykisk avhengighet, abstinenssymptomer, m.m.
- Individuell nedtrappingsplan i samarbeid med fastlegen. En av gruppelederne møter sammen med pasienten hos fastlegen og diskuterer retningslinjer for nedtrapping.
- Gruppeterapien består av oppfølging under nedtrapping, abstinenshåndtering og affektbevissthet.
- Gruppen har maks 7 deltakere og er en langsomt åpen gruppe.
- Ettersom pasientene har individuelle nedtrappingsplaner vil det være en gradvis utbygging av gruppedeltakere.

1,5 time, 1 dag/uke i ca 9-12 måneder.

KROPPSBEVISSTHETS-GRUPPE

Målgruppe:

- Mennesker som strever med å mestre mellommenneskelige relasjoner, angstproblematikk eller depresjon, og som er motivert for målrettet jobbing for å få til en endring av sin situasjon.

- Kroppsbevissthetsgruppe og samtale med fokus på en helsefremmende livsstil.
- Praktiske øvelser for å få økt bevissthet i forhold til sin egen kropp, og samtale om opplevelser knyttet til øvelsene, og om problemer og utfordringer her og nå.
- Hovedvekt på psykomotorisk og kognitiv tilnærming.
- Gruppen har maks 7 deltakere, 3 timer 1 dag/uke.

Dette er en langsomt åpen gruppe.

KREATIV GRUPPE

- Vi har under planlegging oppstart av en kreativ behandlingsgruppe, med fokus på kunstterapi og samtale til hjelp for å uttrykke følelser, tenke over dem og uttrykke dem på en hensiktsmessig måte.

RESULTATER

Vi har fått mye positiv tilbakemelding direkte fra pasientene om at det har vært nyttig å delta i gruppen.

Ved å sammenligne resultatene på SCL-90-R, en symptom-score -test, som pasienten selv fyller ut, som blir tatt ved oppstart og avslutning av gruppeterapien, vises en lavere GSI-score (Global Severity Index) ved avslutningen hos over 90 % av pasientene.

For pasienter som har deltatt i Affektbevissthetsgruppe blir det også tatt et Affektbevissthetsintervju før og etter gruppeterapien. Intervjuet som er tatt etter gruppeterapien har vist høyere affektbevissthet på alle som har gjennomført gruppeterapien.

12 pasienter har gått i gruppe for å seponere B-preparater. Hittil har 2 pasienter seponert, 7 har redusert, og 6 av disse jobber med videre nedtrapping. 3 har sluttet pga manglende motivasjon.

Siden desember 2008 har vi etter avsluttet gruppeterapi delt ut skjema med forespørsel om å delta i en undersøkelse om deres erfaringer med behandlingstilbudet som ble gitt. Dessverre foreligger ikke data fra denne pasientundersøkelsen pr. i dag.

Fastlegen sender henvisning til:

Stavanger DPS, Lassahagen, Daggruppoliklinikken, Lassaveien 2, 4022 Stavanger.

Enhet for spiseforstyrrelser

Stavanger Universitetssjukehus startet 1. januar -07 en poliklinikk for pasienter med spiseforstyrrelse som hovedlidelse. Poliklinikken har lokaler i 3. etasje i D-blokka ved Psykiatrisk klinikk.

Enheten er en spesialenhet. Den har høy prioritet på å innhente kunnskaper og erfaringer, og til å etablere et behandlingsprogram som er i samsvar med den nyeste kunnskap på feltet.

Litt om Enhet Spiseforstyrrelser

Enheten er en poliklinikk under Psykiatrisk klinikk, Multiseksjonen. Den skal gi tilbud om utredning og behandling til personer som har spiseforstyrrelse som primært fokus for behandling. Videre skal vi kunne gi råd og hjelp til andre behandlingssenheter som møter pasienter med spiseforstyrrelser.

Ved enheten arbeider psykologspesialister, psykiater, overlege i endokrinologi, spesialsykepleier, fysioterapeut, kunstterapeut, klinisk ernæringsfysiolog og konsulent.

Behandlingen er organisert tverrfaglig, og pasienten kan

møte ulike fagpersoner i ulike deler av behandlingen. Det vil være en utpekt kontaktperson for behandlingsforløpet.

Første del av behandlingen er en utredningsfase som går over de første 4-6 samtaler. I denne perioden gjennomgås livshistorie, sykehistorie, familieforhold, og aktuelle problemstillinger du ønsker å arbeide med. Vi gjennomfører et diagnostisk intervju, og vi ber pasienten fylle ut en del spørreskjema som omhandler personlighetstrekk, symptomer på spiseforstyrrelse og andre fysiske og psykiske forhold.

Utredningen inngår også som en del av enhetens kvalitetsrutiner. Som ledd i denne rutinen vil pasienter bli kontaktet en tid etter behandlingsstart med spørsmål om å gi en frivillig tilbakemelding om sin situasjon etter kortere eller lengre behandlingsforløp.

Etter utredningsperioden er gjennomført setter vi oss ned sammen og drøfter hva som vil være det beste behandlingstilbudet, enten det er ved vår enhet, eller andre steder.

Er det behov for tjenester fra flere hjelpeinstanser (f.eks kommunehelsetjeneste, fastlege, NAV), vil vi også være behjelpelig med å etablere nødvendig



Hovedinngang Psykiatrisk klinikk.

samarbeid gjennom individuell plan.

annonseringer for dette.

Behandlingstilbud

Ulike personer har ulike behandlingsbehov, og vi ønsker å tilby ulike tiltak som kan komponeres sammen slik at det dekker pasientens behov best mulig. Her er en oversikt over tilbud vi har pr i dag:

- Individuell utredning av spiseforstyrrelse
- Kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelse
- Familiesamtaler
- Kostholdsveiledning individuelt
- Samtalegrupper:
 - Kognitiv gruppe for personer med overspisingslidelse
 - Analytisk orientert gruppe (med fokus på videre selvutvikling etter symptomene er under kontroll)
 - Interpersonlig orientert gruppe
- Kunstterapi, individuelt eller i gruppe
- Kroppsorientert behandling/trening/fysioterapi individuelt
- Trening til musikk (gruppe)
- Telefontid for generell informasjon og opplysning
- Undervisning: Enheten arrangerer hvert semester ulike undervisningstilbud for å øke kunnskap om spiseforstyrrelser for pasienter, pårørende, behandlere og andre interesserte. Se egne

Om å komme til behandling

For å få tilbud om behandling ved enheten kreves henvisning fra fastlege eller spesialisthelsetjenesten. Henvisninger stiles til Psykiatrisk klinikk, inntaksteam akutt/multi, og behandles fortløpende. Det gis skriftlig svar. Det er vanlig egenandel for behandlingen (inntil frikort), og denne innkreves gjennom giro tilsendt i posten.

Når pasienten er under 18 år skal henvisningen gå til barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, som har lang erfaring med behandling av disse lidelsene i denne aldersgruppen. Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling vil ha et nært samarbeid med Enhet Spiseforstyrrelser. Er pasienten under 18 år er behandlingen alltid gratis.

Ved behov for rådgivning, konsulenttjenester, eller delbehandling av pasienter innlagt ved SUS, følges interne henvisningsrutiner. Slike tjenester er gratis for pasient/post.

Kontakt

Telefontid behandlere mandag, tirsdag, torsdag og fredag fra klokken 11.30 til 12.00. Tlf. 0 51 51

Enhet Spiseforstyrrelser
Armauer Hansensvei 20
Postboks 8100
4068 STAVANGER
Telefon: 0 51 51



Fra et av terapi rommene.

Kari Ugland

ny direktør i Helse Fonna

Av Bjarne Bråtveit

Kari Ugland var ein naturleg etterfølgjar då Johannes Kolnes måtte gå av som direktør i Helse Fonna på grunn av raude tal. Ho er kjent for effektivitet og godt likt i organisasjonen. Johannes Kolnes og var godt likt, og hans ansvar for dei raude tala kan vel diskuteras. Men det har nå blitt slik at når ein organisasjon kjem i vanskar, så er kapteinen den fyrste som skal forlate skuta. Det heiter å ta ansvar, stikk motsett til på havet, der kapteinen er den siste som forlet skuta. Er det journalistane si trong til å sjå blod som gjer at sjefen må ofrast for å få arbeidsro?

Kva slag person er det som frivillig vil bli direktør i helse Fonna, når ingen, i følge Dagens Næringsliv, vil bli direktør for Sykehuset Innlandet HF? Nærtakande kan ho iallfall ikkje være: Eit raskt søk på "Kari Ugland" på Kvasir gir mange oppslag i lokalavisene, oppslag der direktøren må svare på misnøye med Helse Fonna. Kvifor ynskjer du ein jobb med stor risiko for negativ kritikk, inkludert mykje urettferdig kritikk?

Eg har jobba med ledelse i mesteparten av karrieren, og likar arbeidet og utfordringane. Å svare på kritikk er ein del av jobben. Helsetenesta vekke mykje følelsar blant folk, særleg når nokon blir feilbehandla, og når distrikt mistar eit tilbod dei har hatt. Det må me leve med. Som direktør må eg fyrst og fremst tenkje på korleis pasientane kan få eit best mogeleg tilbod med dei ressursane me har. Distriktpolitisk omsyn og arbeidsplassar må være underordna, og konflikter med lokale interesser er unngåelig. På den andre sida er me avhengige av eit godt omdømme i befolkninga for at folk skal føle seg trygge. Me må bli flinkare til å forklare og informere kvifor endringar blir gjort. Me har ei stor utfordring i å få både kommunepolitikarar og helsepersonell i kommunane og på sjukehusa til å spele på lag. Fyrst når alle i helsetenesta støttar opp om kvarandre og prøvar å få samarbeidet til å fungere best mogeleg vil me få ei helseteneste som folk er nøgde med. Ansvar for dette ligg både på Helse Fonna, kommunane, og ikkje minst fastlegane. Min viktigaste jobb blir å få alle desse aktørane til å spele på lag.

I den daglige kontakten med pasientane må me bli flinkare til bygge opp tilliten til helsetenesta. Blant sjukehuslegar finst det fortsatt skepsis til fastlegane, og omvendt er det mange i kommunehelsetenesta som er skeptiske til korleis sjukehusa fungerer. Men ingen er tent med at denne skepsisen blir formidla til pasientane. Feil og avvik vil me aldri kunne unngå, men skal me bli betre er



Kari Ugland, Direktør i Helse Fonna.

det viktig at dette tas opp internt, og ikkje i media eller via pasientar. Skal publikum få tillit til helsetenesta må helsepersonell slutte å snakke negativt om kvarandre, tvert om må sjukehusstilsette hjelpe til å bygge opp tilliten til kommunehelsetenesta, og omvendt.

Legar er stort sett individualistar og har aldri vore kjende for å være dei som lettast innordnar seg og går i takt. Det er ikkje så lenge sidan det var strid om andre enn legar skulle kunne leie sjukehusavdelingar. Eg lurar på korleis er det er for ein sjukepleiar å leie så mange sterke personligheter som ikkje er kjende for å brenne inne med sine ofte sterke meininger. Utan å blunke svarar ho at samarbeidet med legane er godt. Og eg trur ho, sjølv om ho nok hadde sagt det same om det var konflikter med legane. Så kanskje den i lang tid omtala striden mellom legar og sjukepleiarar endeleg er over?

Det har vore forbausande lite reaksjonar frå sjukehushald på helseministeren sitt forslag om å fryse sjukehusbudsjetta på dagens nivå, kanskje til og med redusere løyvingane til sjukehusa. Sjukehusdirektøren er ikkje provosert over dette og helseministeren sin visjon om at kommunehelsetenesta skal overta mykje av den behandlinga som i dag blir gitt ved sjukehusa, men ho tvilar på om kommunane er klar over kva ei slik omlegging betyr for dei.

Helseministeren sin strategi er fornuftig og nødvendig. Utan endra praksis i bruken av sjukehusa vil eldrebølga medføre eit så stort press på sjukehusa at det er uråd å tenkje seg ei utbygging av sjukehusa som kan å dekke dette behovet. (Vinteren sitt overbelegg på SUS viser tydelig at me alt er komne dit.) Men skal kommunehelsetenesta kunne avlaste sjukehusa må til dømes eldre med akutt

sjukdom som lungebetennelse kunne leggjast inn på sjukeheim som øyeblikkelig hjelp og få intravenøs væske og antibiotika. Dette vil setje store krav til kommunane både med tanke på kapasitet, organisering og fagleg kompetanse.

Men vil publikum, og helsepersonell ha tillit til sjukeheimane kan gi god nok behandling for sjukdomar som i dag blir behandla på sjukehus?

At kommunehelsetenesta skal overta ein del av dagens sjukehusfunksjonar vil ikkje nødvendigvis gi eit dårlegare tilbod. Dei som er innlagt på sjukeheim bør ikkje utsetjast for slitsame overflyttingar til sjukehus dersom nødvendig behandling, inkludert parenteral væske og antibiotika, kan gjevast på sjukeheimen, gjerne med støtte frå ambulans team frå spesialisthelsetenesta. Det er og mulig at fleire pasientar enn i dag kan behandlast forsvarleg på sjukeheimane, også ved akutt sjukdom og mange gamle og pasientar med langtkomen uheldredelig sjukdom vil truleg kunne få minst like god behandling og omsorg på einerom i ein fredelig sjukeheim enn på ei hektisk og overfylt sjukehusavdeling. Dette krev auka kompetanse både på sjukeheimane og i kommunehelsetenesta generelt. Denne kompetanseoppbygging i kommunane er ein del av sjukehusa sitt ansvar. Ambulerande spesialisthelsetenester er eit viktig virkemiddel i denne samanhengen, særleg innan område som geriatri, psykiatri og pediatri. Men det kan bli ei utfordring å få stabil dekning av legar og sjukepleiarar slik at sjukeheimane kan brukast som sjukestove/ "B-sjukehus". Truleg må dei minste kommunane inngå interkommunalt samarbeid for å greie å etablere slike meir aktive behandlingsplassar på sjukeheimane. Kommunehelsetenesta må og ta større ansvar for opplæring av store pasientgrupper som diabetes, KOLS og astma, med sjukehuspoliklinikkane og Lærings-. Og mestringssentrane som i større grad ressursar for helsepersonell i kommunane.

Overføring av ansvar til kommunehelsetenesta signaliserer og ein helsepolitikk med større vekt på pleie og omsorg, og mindre vekt på utredning og såkalla helbredande behandling. Det er ein vanskelig balansegang mellom å gi utredning og behandling som hjelper pasienten til eit betre liv, og overbehandling som berre er ei belastning for pasienten. I dag er truleg ein for stor del av utredninga og behandlinga som blir gitt i helsetenesta, utan nytte for pasienten, og av og til skadeleg. Det er mange årsaker til dette, både press frå pasientane, men og helsepersonell si frykt for

feilbehandling. Både legar og publikum har ofte urealistiske forventningar om nytten av medisinsk behandling, og ikkje minst vil den store auken i talet på eldre gjere det nødvendig med meir kritisk vurdering av kva som er det beste for pasienten. For at pasientane skal få den beste behandlinga, ikkje for lite og ikkje for mykje, og på rett nivå, er det avgjerande med godt samarbeid mellom sjukehusa og kommunehelsetenesta.

Direktøren meiner at ventetida på poliklinikane må ned. For å oppnå dette kan ikkje poliklinikkane lenger skal være "fastlegar" for enkelte pasientar. Pasientar som har gått regelmessig til kontroll på sjukehusa må rekne med å bli overført til fastlegen. Målet er at det skal gå raskare å få vurdert nyhenviste, den vidare oppfølginga må fastlegen ta seg av.

Helse Fonna har vore bekymra for "pasientlekkasje" til Haukeland og Stavanger. Er dette egentlig eit problem, folk har jo fritt sjukehusval?

Finansieringsordningane gjer at Helse Fonna taper inntekter på denne pasientlekkasjen, og må i tillegg dekke reiseutgiftene, som blir større når pasientane ikkje brukar sitt lokalsjukehus. Stor lekkasje vil gi befolkninga i Helse-Fonna-området eit dårlegare sjukehusstilbod. Difor er det viktig at fastlegane og befolkninga sluttar opp om og brukar sitt lokalsjukehus og Helse Fonna.

Som legar er me vane med at folk forventar at me skal ordne opp i det meste. Same forventninga har nok mange til direktøren og. Men kven skal ho gå til når kassen er tom og avdelingar meiner at dei må ha meir pengar for å gi eit forsvarleg tilbod?

Budsjettet inneheld dei pengane som ein har å bruke. Som direktør er det mitt ansvar å sjå til at det ikkje blir brukt meir pengar enn det me har fått bevilga. Direktøren skal sjølv sagt og rapportere til styret korleis sjukehuset fungerer og melde frå om spesielle problem og uføresette hendingar, men det er ikkje direktøren sin jobb å krevje meir pengar til føretaket. Det handlar å prioritera innafor dei rammene ein er tildelt, mi oppgåve som direktør er å syta for at pasientar i vår region får sin rettmessige del av dei statlige helsekronene.

Så nokon medieutspel med beskrivelse av uforsvarleg sjukehusdrift og krav om meir pengar til Helse Fonna får me nok ikkje frå den nye direktøren. Og kjenner eg henne rett vil ho ikkje sjå med blide augo på om hennar tilsette går ut i media med krisemaksimering. Og det skulle ikkje forbause meg om ho greier å halde seg innan budsjettet, utan dei store konfliktane korkje innan eller utanfor organisasjonen. Og me i kommunehelsetenesta kan sjå fram til eit godt samarbeid med Helse Fonna, ikkje minst om Hansen får vedtatt økonomiske rammevilkår som gjer at det ikkje lenger lønner seg å skyve ansvaret for pasienten over på andre. Me ynskjer henne lukke til, og oppfordrar fastlegane i distriktet til å ta utfordringa om å spele på lag med sjukehuset!

Medisinsk rehabilitering – og spesialistutdanning

Muligheter på Attføringsssenteret i Rauland (AiR)

- sykehustjeneste innen videre- og etterutdanning for spesialiteten allmennmedisin
- sykehustjeneste innen spesialiteten fysikalsk- og rehabiliteringsmedisin
- medisinsk rehabilitering med fokus på mestring hvor tilbakeføring til arbeid er målet



Attføringsssenteret i Rauland (AiR) ligger i Rauland i Vinje kommune tett opp mot Hardangervidda midt i Sør Norge. AiR er en institusjon i spesialisthelsetjenesten hvor rehabilitering med arbeid som mål er fagområdet. Dette fagfeltet er for tiden i sterk vekst. Virksomheten består i dag av to enheter: Klinikkk og Nasjonalt kompetansesenter. Klinikken har vært i drift siden 1986. Kompetansesenteret ble åpnet i 2005 etter vedtak i Stortinget.

Virksomheten ved AiR står på to faglige søyler – medisinsk rehabiliteringskompetanse og arbeidslivskompetanse og har ca 55 brukere/pasienter til enhver tid fordelt på henholdsvis 4 ukers rehabiliteringsopphold eller en ukes funksjonsvurderingsopphold. Brukere som kommer til AiR gjennomgår medisinsk rehabilitering med fokus på mestring og funksjonsbedring og har arbeid som mål. Innsøkning til klinikken foregår på eget skjema (finnes på nettsidene), som sendes direkte til AiR. Klinikken har 4 faste legestillinger. I kompetansesenteret er det for tiden 3 leger. Til sammen 70 ansatte.

Legens arbeid inngår i team med sykepleier, fysioterapeut, idrettspedagog og attføringskonsulent. Aktivt miljø med vektlegging av både særfaglige og tverrfaglige prosesser.

Praksis ved AiR er godkjent som institusjonshelsetjeneste i videreutdanning i spesialiteten

Allmennmedisin og Fysikalsk og rehabiliteringsmedisin. Tjeneste ved AiR godkjennes også som sykehustjeneste i etterutdanningen i allmennmedisin med 40 poeng/måned. Dagsbesøk ved institusjonen godkjennes som dagsbesøk hos spesialist/ved poliklinikk med 7 poeng per dag. Strukturert ukeshospitering gir 25 poeng/uke.

For ytterligere informasjon, se våre nettsider www.air.no eller ta kontakt med sjeflege Jan Petter Simonsen eller leder klinikkk Jon Hovda på tlf. 35062800.

Hjerneslag – det haster å komme inn til sykehus!

Nye retningslinjer og utvidete behandlingstilgjengeligheter

Martin Kurz, overlege MD, Phd, Nevrol. avd. SUS

Prognosen for hjerneslagpasienter er fortsatt alvorlig og behandlingstilgjengelighetene utilfredsstillende. Ca. 30% av pasienter med hjerneslag dør og av de som overlever er 35-40% alvorlig invalidisert. Den eneste godkjente terapien i akuttfasen er intravenøs trombolytisk behandling med Actilyse®. Behandlingen ble godkjent i Europa og Norge i 2002 - dersom det kunne startes behandling innenfor en tidsramme på 3 timer etter symptomdebut. Dette medførte at bare et fåtall av pasienter som kom til sykehuset med akutt hjerneslag fikk nytte av behandlingen. Eksperimentelle data og en metaanalyse av kliniske trombolysedstudier (NINDS, ECASS, ATLANTIS) og mindre studier som undersøkte trombolyse basert på magnetresonanstomografi kriterier, viste imidlertid at også trombolytisk behandling etter 3 timer kan være fordelaktig for pasienter. Denne antakelsen ble nå bekreftet i en stor, placebokontrollert og randomisert studie som konkluderte med at trombolytisk behandling mellom 3 og 4,5 timer har god effekt og er ikke forbundet med et større risiko for pasienter sammenliknet med trombolytisk behandling mellom 0 og 3 timer (ECASS 3). Det betyr at nevrologisk avdeling på SUS nå kan tilby en effektiv behandling til flere pasienter som kommer inn med akutt hjerneslag. Men selv om tidsvinduet for trombolytisk behandling ble utvidet, betyr det ikke at vi har fått bedre tid til å behandle pasienter. Tiden er den viktigste faktor for et godt behandlingresultat. Hvis en klarer å gi trombolytisk behandling i løpet av 1,5 time så blir dobbelt så mange pasienter bra enn hvis en gir trombolyse etter 3 timer. Skaden som utvikles som følge av et hjerneslag oppstår raskt og hvert minutt som pasienten kan komme tidligere inn til sykehuset, og som gir pasienten tidligere behandling, teller stort. Beregninger har vist at uten behandling så dør det 1,9 million nevroner, 14 billion synapser og 12 km av myeliniserte fibre hvert minutt. Det tilsvarende en aldringsprosess av 3,6 år per time; dvs. venter en tre timer med behandlingen så har hjernen fått en skade som tilsvarende en aldringsprosess av 10 år. Den informasjonen er viktig å få formidlet til pasienter og primærhelsetjenesten. Pasienter med akutt hjerneslag bør komme direkte inn til SUS med ambulanse. I den akutte fasen må pasienter med hjerneslag få den samme prioriteringen som hjerteinfarktpasienter. Det er tiden som betyr mest for pasientene; eller for å si det enkelt: Time is brain!

Indikasjoner for trombolytisk behandling:

1. Tidligere oppegående pasient, dvs. ikke pleietrengende før symptomstart.



2. Ingen aldersbegrensning (komorbiditet avgjør om trombolyse kan gis).
3. Intravenøs trombolyse mulig innen 4,5 timer etter symptomdebut.
4. INR < 1,7 (Marevan er ikke absolutt kontraindikasjon! – pasienter som tar Marevan og får symptomer av et hjerneslag behandles som trombolyssekandidater inntil INR svaret foreligger, dvs. rød respons!).
5. Hvis tvil om mulighet for trombolyse, ta kontakt med AMK eller vakthavende nevrolog

Viktig tilleggsm informasjon mtp. trombolyse:

1. Bevissthetsnivå (GCS)
2. Tidligere hjerneslag eller hjerneblødning (når)
3. Tidligere operert i hjernen
4. Graviditet
5. Nylig gjennomgått kirurgi



Alle kan rammes av hjerneslag, uavhengig av alder. Vær oppmerksom på følgende symptomer (FAST kriterier):

- Plutselig:
 - **Facialisparese** (skjev i ansiktet)
 - **Arm-** eller **beinparese** (ensidig)
 - **Synsnedsettelse** (ensidig)
 - **Talevansker** (afasi)

Når en eller flere av FAST kriteriene plutselig oppstår (hos en fra før ikke pleietrengende pasient) så bør en umiddelbart og direkte kontakte AMK via telefon 113 for å bli transportert til SUS. Ved lang transportvei hentes pasienter med helikopter.

Det er avgjørende at en spør etter eksakt tidspunkt når de første symptomene oppstod. Trombolysbehandling (oppløsning av blodpropp) kan gis på Nevrologisk avdeling, SUS, innen 4,5 timer etter symptomdebut.

Ved tvilstilfeller kontakt vakthavende nevrolog på SUS via AMK (113).

Er det noen leger her!!!?

Christine Haver, Fylkesmannen

Spørsmålet utformet med utropstegn er denne gangen ikke fra en akutt-situasjon der noen har segnet om og fortvilte mennesker roper ut behovet for hjelp.

Ropet kommer fra Fylkesmannen og undertegnede og det rungende ropet er; hvor er legene i den langsiktige og premissgivende planleggingen for å bedre befolkningens helse?

Jeg vet det ikke skorter på engasjement og et genuint ønske om god helse for befolkningen.

Men hvorfor er ikke legene til stede der viktige beslutninger fattes, der langsiktige føringer og premisser legges, som er avgjørende for helsen til innbyggerne i din kommune og på din liste?

Alle kommunene i Rogaland er i gang eller skal snart i gang med å vedta sin nye kommuneplan. Kommuneplanen er det overordnede styringsdokumentet for kommunen. Planen skal inneholde alle viktige mål og oppgaver i kommunen både i et langsiktig perspektiv og mer konkret for neste fireårsperiode. I dette arbeidet er folkehelse et sentralt tema for kommunen. Hvilke strategier skal man velge og hvor stor grad av innsats og ressurser skal kommunen allokere til dette feltet? Alt dette skal fremgå av kommuneplanen.

En ting ingeniørene som arbeider med kommuneplanen (arbeidet har til nå vært dominert av ingeniører og personer med teknisk plankompetanse) kan være rimelig sikker på, er at de slipper utidig og brysom innblanding fra legene i dette arbeidet. Fra mitt arbeid ut mot kommunene vet jeg at legene stort sett glimrer med sitt fravær når det gjelder kommuneplanlegging.

Og det er jo bra, er det ikke? Da kan ingeniørene fortsette å fokusere på arealplanlegging og beslutninger om hvilke eiendommer som skal bygges ut til næringsformål og om hvor neste firefeltsvei skal gå. Skriver de så noen fine og uforpliktende ord om at folkehelse er viktig, så er arbeidet i boks!

Slik foregår det fremdeles i mange kommuner. Men slik planlegging er ikke lovens intensjon.

Det er vedtatt ny plan- og bygningslov. Forventet ikrafttredelse for plandelen er i



Christine Haver.

juli 2009. I følge formålsbestemmelsen til loven skal planlegging sette mål for den "fysiske, miljømessige, økonomiske, sosiale og kulturelle utviklingen i kommuner og regioner, avklare samfunnsmessige behov og oppgaver og angi hvordan oppgavene skal løses", jf § 3-1, a).

Videre skal loven "fremme befolkningens helse og motvirke helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet", jf § 3-1 f) og "fremme samfunnsikkerhet ved å forebygge risiko for tap av liv, skade på helse, mv", jf § 3-1 h) I følge forarbeidene var et av hovedmotivene for revisjon av loven, nettopp behovet for å styrke arbeidet med helse, miljø og samfunnsikkerhet.

Med en så bred formålsangivelse og med spesielt fokus på folkehelse og samfunnsikkerhet er det innlysende at legene må komme mer på banen i kommuneplanarbeidet. Men hvilke leger er det som kan bidra? Og hvilke tema er det legene kan ha en mening om?

I følge §§ 5-1 og 5-2 har kommunen et særlig ansvar for å sikre bred medvirkning i arbeidet med kommuneplanen. Dette betyr at alle har anledning til å komme med innspill. Leger som sitter med kunnskap om medisinsk utvikling og sosiale forhold innenfor et område bør føle ansvar for å videreformidle dette.

Kommunelegene vil imidlertid ha et særlig ansvar for å delta i arbeidet. Hvis det ikke

er avsatt tilstrekkelige ressurser må det formidles til kommunen at ny lov krever forsterket innsats på feltet og at ressursene som er avsatt må gjenspeile lovens krav. Min mening er at kommunelegen har en naturlig plass i en eller flere av arbeidsgruppene som nedsettes med ansvar for utforming av kommuneplanen. Dersom legene skal ha tilstrekkelig og nødvendig påvirkning på arbeidet er det ikke nok å bare avgi skriftlig høringsuttalelse.

Hvilke tema kan legene ha en mening om? Mitt svar er; tilnærmet alle! Folkehelse gjennomsyrrer hele loven – hva planlegger vi for om ikke det er for oss mennesker og målet om optimale leveforhold og optimal utvikling? Åpenbare tema er trafiksikkerhet, bevaring av grøntområder, bevaring og utvikling av områder for aktivitet og utfoldelse, sikring av gode boforhold (ikke for tett, tilstrekkelig lys og luft), deltakelse fra svake grupper. Har innvandrerbefolkningen med særlige helseproblemer fått sin stemme inn i kommuneplanen?

Har du det for travelt sier du? Så mange pasienter å behandle for livsstilssykdommer, nok en resept på astmamedisin som skal skrives, deprimerede ensomme eldre som skal ha sovemedisin?

Tenk gjennom da; hvorfor bruker ikke din kommune penger på å strø veier som er så glatte at eldre blir sittende innendørs? Hvorfor bygges det ny motorvei i din kommune (regionalplanlegging) som forurenser og legger til rette for inaktivitet i stedet for satsning på kollektivtrafikk? Er det behov for nok et utbyggingsområde for hytter på fjellet – med vei helt opp til hyttene, til fortrengsel for skiløyper og uberørt natur? Kan det tenkes at din stemme inn i kommunens planlegging kunne gjort en forskjell for mange?

Med ønske om et godt nytt år til alle leger i Rogaland og et lønlig håp om at dere i 2009, i større grad vil forstyrre medarbeiderne i planavdelingen hos kommunene. Kommunen primært, men også Fylkesmannen og Rogaland Fylkeskommune har ansvar for å veilede dersom du ønsker å bidra.

Rogaland Kristelige Legeforening

Program våren 2009

Onsdag 25 mars:

Fellesmøte med presteforeningen. Kåre Lode: I forsoningens tjeneste.
Fredsarbeid i Kongo.

Onsdag 29 april:

Politistasjonssjef Henry Ove Berg: Hvordan holde ungdommen på den smale vei?

Alle medisinerstudenter og leger med ledsagere er velkomne. Møtene holdes i "Hinnasenteret" som ligger i Hinna kirke og møtene starter kl 1930.

Styremedlemmer Våren 2009.

Jakob Havnen, styreleder, tlf 51 58 83 43.

Marit Løvås kasserer, tlf 51 58 52 95.

Per Øgreid, sekretær, tlf 51 56 09 76.

Svein Arne Hapnes, styremedl., tlf 51 62 01 46

Rune Slettbakk, styremedl., tlf 52 97 43 89.

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

Rogaland legeforening møter Helfo

NAV helsetjenesteforvaltning (oppgjørskontoret) er nå overført fra NAV til Helsedirektoratet. Man har naturlig nok skiftet navn, og kalles nå HELFO. Rogaland legeforening har i en årrekke hatt faste møter med oppgjørskontoret. Vi ser nye muligheter for meningsfull kontakt nå når Hdir overtar ansvaret for oppfølgingen av normaltariffen og legemiddelrefusjoner.

Følgende saker ble drøftet i februar:

- Ny kollektivavtale for oppgjør er endelig på plass. Det åpner for nye
- Muligheter for elektronisk forsendelse av refusjonssøknader – Helfo oppfordres til å vurderer etablering av flere elektroniske meldinger.
- Kjøp av frikort for utvalgte grupper. Rlf ber om at det åpnes for at sosialkontor kan få kjøpe frikort for utvalgte klienter. Helfo har meldt dette videre i sitt system, og vil holde i saken.
- Elektronisk generering av frikort – et stort prosjekt er i gang
- Legene ønsker en årsavregning for utbetalte refusjoner – det kan vurderes
- Mulighet for å avvikle at spesialister må sende inn kopi av alle henvisninger – Helfo vil vurdere IT – løsninger
- Det er ønskelig at flere fastleger sender oppgjør elektronisk – Rlf støtter en slik overgang

Ivar Halvorsen

OPPSIGELSE AV VERKSGATEN 62

Rogaland legeforening har flyttet ut av kontorlokalene i Verksгатen 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

Styret i Rogaland legeforening for perioden 2007-2009

Ivar Halvorsen, Leder
Fastlege/overlege i Stavanger kommune
Køhler legesenter, Stavanger
mob. 99 29 85 62
e-mail: ivar.halvorsen@lyse.net

Linda Hatleskog, Styremedlem /
Nestleder
Ass. fylkeslege, Fylkesmannen i Rogaland
mob. 48 03 88 08
e-mail: hatlesko@hotmail.com

Bjarne Bråtveit, Styremedlem
Kommunelegen i Suldal, Eidsvegen 3,
4230 Sand
mob. 40 40 63 35 - priv. 52 79 23 00
e-mail: bjbraatv@online.no

Helga Lunde, Varamedlem
Lege i spesialisering, øre-nese-hals, avde-
lingen, Haugesund sjukehus
mob. 41 14 64 82 - priv. 52 71 33 49
helgalunde@hotmail.com

Knut Vassbø, Varamedlem
Kommunelege I, Bjerkreim,
Fastlege Bjerkreim Legekontor
mob. 41 22 15 25 - priv. 51 45 26 21
kvassbo@hotmail.com

Jan Robert Johannessen,
Allmennlegeforeningen
Hinnatrekanten legesenter,
mob. 92 85 29 13
e-mail: jrjarb@broadpark.no
Vara: Bjarte Sørensen, (APLF)
Stavanger, Stokka sykehjem 20% stilling
priv. 51 58 26 44
e-mail: johannessen@hinnatrekanten.no

Hans Petter Torvik,
Leger i samfunnsmedisinsk
Kommuneoverlege i Sandnes
mob. 90 11 50 05 - e-mail: hpt@lyse.no
Vara: Egil Bjørnløv, arbeid (LSA)
helsesjef i Stavanger, Pb 583, 4305
Sandnes

John Hjelle,
Norsk arbeidsmedisinsk forening (Namf)
Mediteam AS, Verksgt. 62, 4013
Stavanger
mob. 40 85 05 00 - arbeid 51 85 61 11
e-mail: john.hjelle@mediteam.no

Erna-Gunn Moen,
Norsk Overlegeforening (Of)
Voksenpsykiatrisk avdeling, SUS
mob. 41 49 54 53 - e-mail: egnn@sus.no

Johan Bergh, Praktiserende Spesialisters
Spesialist i gynekologi og obstetrik,
Landsforening (PSL)
Madlagården Legegruppe
mob. 90 16 47 36 - priv. 51 59 97 85
e-mail: johan.bergh@lyse.net

Alexander Seldal
Yngre legers forening (Ylf)
Lege i spesialisering, ortopedisk
mob. 92 42 79 60 - priv. 51 88 21 21
e-mail: seal@sus.no
Vara: Christer Aase, avdeling, SUS
Helse Fonna

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. Karlens legekontor,
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



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.

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 fotografert av
Ingrid Blomgren, overlege, spes.
i indremed. Haugesund sjuke-
hus, Helse Fonna.
Det er av Bondhusbreen i
Hardanger, med Bondhusvannet
i forgrunnen. Den flotte fargen
på vannet er grønn
også i virkeligheten..





Kjære kollega i vestlandsk allmennpraksis!

Sjølvs om statsbudsjettet vart eit nytt tilbakeslag for satsing på allmennmedisinsk forskning, så ligg ikkje det allmennmedisinske miljøet i Bergen på latsida. Tre disputasar vart gjennomført i vekene før jul, og det er all grunn til å gratulere både dei tre, rettleiarane og miljøet for vel utført jobb. Avhandlingane er presentert annan stad på denne sida. I tillegg har Allmennmedisinsk forskningsenhet (AFE-Bergen) stor aktivitet gjennom løyvingar frå det nye Allmenntmedisinsk forskningsfond, og forskingsleiar Guri Rørtveit er nyttnemnt professor i allmennmedisin.

Dei allmennmedisinske akademikarane utvist stor aktivitet i media den siste tida, knytta til viktige saker for fagutvikling og organisering av

fastlegeordninga. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har levert forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt, som har ført til ein brei debatt og mange mediaoppslag omkring framtidig organisering av legevakttenesta.

Det er viktig at forskarar tek del i fagdebatten og offentleg ordskifte omkring helsetenesta. At det i det siste har vore mange bergensstemmer i landsdekkande fora, skal vi vere glade og stolte over. Vest er ikkje alltid best, men det er kjekt når vi kan vise att i landskapet.



Steinar Hunskår steinar.hunskar@isf.uib.no

Tildelinger fra Allmennmedisinsk forskningsfond

Allmennmedisinsk forskningsfond har hatt ny tildelingsrunde og alle fire søknadene fra Bergensmiljøet har fått tildeling. I alt fikk 12 av 17 søkere tildelt stipend.

- Gunhild Felde (40% stilling) til prosjekt om sammenheng mellom urininkontinens og psykisk sykdom. Hun er fastlege i Bergen.
- Sverre Rørtveit (20% stilling) til en studie om klinisk forløp og bakterienes egenskaper ved impetigo i Austevoll kommune. Han er kommunelege i Austevoll.
- Hege R S Jacobsen (50% stilling) til prosjektet: Når hjertet trenger endring – pasientens tanker og motivasjon etter

hjertesykdom. Hun er fastlege i Bergen.

- Liv Tveit Walseth (100% stilling) til prosjekt om styrking av pasientens handlingsevne gjennom kommunikativ handling i lege-pasientforholdet. En studie av normative overveielser i kronisk sykes og høyrisikopasienters konsultasjoner hos fastlegen. Hun er fastlege i Songdalen ved Kristiansand.

Doktorgrad I: Kan man stole på blodsukerverdien?

Gunn BB Kristensen disputerte 7. november 2008 for PhD-graden med avhandlingen *Self Monitoring of Blood Glucose; Aspects of Analytical Quality*.

Avhandlingen gir ny kunnskap om hvordan man kan sikre god kvalitet på egenmåling av blodsukker. Kvalitet på blodsukkerapparat er evaluert og beskrevet ved bruk av en standardisert prosedyre som inkluderer en brukertest. Videre er to ulike kontrollprogram for å overvåke kvaliteten vurdert. Arbeidet viser at kvaliteten på blodsukkerapparater blir bedre og at det er færre brukerfeil. Det er nødvendig med en grundig og standardisert undersøkelse av utstyr før det kommer på markedet.

Kristensen er utdannet bioingeniør. For tiden er hun ansatt som forsker ved NOKLUS. Hovedveileder har vært professor Sverre Sandberg.

Doktorgrad II: Enkle tiltak ga helsegevinst i Guatemala

Esperanza Díaz disputerte 21. november 2008 for PhD-graden med avhandlingen *Impact of reducing indoor air pollution on women's health. RESPIRE Guatemala – Randomised exposure study of pollution indoors and respiratory effects*.

En stor randomisert intervensjonsstudie undersøkte helseeffekten av å redusere inneforurensning ved å installere ovner på landsbygden i Guatemala, blant mayaindianere som bruker tradisjonelle åpne ildsteder. Over 500 kvinner og deres små barn deltok i studien. Undersøkelsen er et samarbeid mellom universitetene i Berkeley (USA), del Valle de Guatemala, Liverpool (Storbritannia) og Bergen.

Ovnene reduserte både obstruktive lungesyntomer og andre symptomer som hodepine og øyeplager. I tillegg ble selvoppfattelse helse signifikant bedre blant kvinner som brukte ovnene.

Díaz er fra Spania, har studert medisin i Madrid og ble spesialist i allmenntmedisin samme sted i 1999. Hun flyttet til Norge og ble spesialist i allmenntmedisin i Norge i 2003. De siste årene har hun jobbet 50 % som fastlege og 50 % som stipendiat ved Seksjon for allmenntmedisin. Hovedveileder har vært førsteamanuensis Tone Smith-Sivertsen.

Doktorgrad III: Hjerterpasienters motivasjon for varige livsstilsendringer

Thomas Mildestvedt disputerte 5. desember 2008 for PhD-graden med avhandlingen *Motivating cardiac rehabilitation patients to maintain lifestyle changes*.

Livsstilen til 217 pasienter ved Krokeide Rehabiliteringssenter ble undersøkt og fulgt over 2 år. Halvparten fikk en forsterket oppfølging med to individuelle samtaler under kurset og telefonoppfølging 6 og 24 måneder etter at kurset var over. Studien fant at hele rehabiliteringsgruppen i stor grad klarte å endre og vedlikeholde sine kost- og mosjonsvaner. Endringer var ikke bedre i gruppen som fikk forsterket rehabilitering. Pasienter som klarte å endre sine levevaner rapporterte høy grad av indre styrt motivasjon, stor tro på å kunne mestre livsstilsendringene over tid og tro på gode utsikter generelt. Studien peker på at enkelte grupper, slike som røykere og de med psykiske vansker, bør få en mer målrettet oppfølging.

Mildestvedt er spesialist i allmenntmedisin og fastlege ved Minde Medisinske senter og universitetslektor ved Seksjon for allmenntmedisin. Hovedveileder har vært professor Eivind Meland.



Tid for å ta i bruk elektronisk kommunikasjon med NAV?

Norsk Helsenett har kommet for å bli. Vi kan diskutere både pris og funksjon men veien inn i fremtiden er bred og digital og det kommer til å bli bra for oss alle. Når vi først har installert helsenettet har jeg erfart at det er et par nye funksjoner i forhold til trygd-helse postkassen som nå er vel verdt å ta i bruk. Jeg tenker da på elektronisk sykemelding/legeerklæring og elektronisk oppgjør.

Elektronisk innsending av oppgjør er i praksis det samme som man gjør per diskett i dag bortsett fra at det sendes av gårde på nettet i det samme du har signert digitalt. Oppgjøret står da på konto en eller to dager senere. Altså raskere og enklere oppgjør både for lege og HELFO (som NAV Helsestjenesteforvaltning nå heter siden de har flyttet til HDIR)

Sykemeldinger og legerklæringer kan sendes på samme måte etter digital signering.

Du signerer sykemeldingen / legerklæringen ved å taste inn en 4-sifret tallkode på tastaturet. Så flyr meldingen på det brede båndet til NAV som blir veldig glad fordi de slipper å punche sykemeldingen inn i sitt system. Da får de bedre tid til andre ting. Det er sannsynligvis bra for oss alle. For legene betyr det, forutsatt at man allerede har helsenettet installert, mindre ressursbruk til postlegging og portokostnader.

Min erfaring er at det fungerer veldig bra.

Rogaland legeförening har over tid hatt regelmessige møter med HELFO/NAV for å løse problemer i samarbeidet. I og med at HELFO nå er direkte underlagt Helsedirektoratet er vårt håp at veien til toppen for å få igjennom endring skal bli kortere. NAV og HELFO har stor nytte av at vi tar i bruk de elektroniske løsningene. Vi har stor nytte av at de tilrettelegger ytterligere for elektronisk kommunikasjon og andre ønsker som vi kommer med på vegne av våre medlemmer. I et forhandlingsklima der ønsker må prioriteres både av økonomiske og ressursmessige årsaker tror jeg Rogaland legeförening vil få større gjennomslagskraft i andre saker dersom vi nå klarer å få medlemmene med på en omlegging til elektroniske meldinger. Målet er å få over 90% av legene til å sende elektronisk i løpet av våren. Det er ambisiøst når tallet i dag er ca 10% :-)

Digital signeringsløsning (PKI) er samtidig en forutsetning for å ha hjemmekontor som nå tilbys via NHN uten ekstra kostnad.

Dersom du/dere har helsenetttoppkobling fra før koster det ca 2000 kr inkl moms for 4 leger (ref salgsavd Profdoc). Prisen er da sponset av Helsedirektoratet. Sponsingen gikk egentlig ut 31. januar men jeg får opplyst fra Profdoc at den videreføres inntil videre.

Uten sponning koster det ca 10000 + moms. I tillegg kommer utgifter til reise og opphold /diett for teknikere som utfører opp-

draget. Dersom flere leger bestiller samtidig vil disse kostnadene fordeles på alle som bestiller.

I praksis vil det si at legene bør koordinere bestillingene sine. Jeg foreslår derfor at alle som skulle ha lyst til å bli med på eDugnad melder sin interesse til journalleverandørene i løpet av mars. På den måten kan man samle opp installeringene i hele uker og på den måten gjøre det billigere for de som bestiller.

Dersom vi får til en større omlegging denne våren vil det gi oss tyngde i arbeidet opp mot NAV og HELFO for å få igjennom våre ønsker. Vi har allerede meldt interesse for å kunne sende alle typer søknader elektronisk, våre kjære private spesialister ønsker å slippe å sende papirkopi av henvisningene og livene våre hadde vel blitt en god del lettere dersom henvendelser til og fra NAV kunne skje elektronisk. For å nevne noe.

Med håp om overveldende respons

*Jan Robert
Johannessen
TV AF Stavanger/
Rogaland legeförening.*



Elektroniske meldinger

Regionsutvalget (legeforeningens organisasjonsledd for vår helseregion) har utnevnt Ivar Halvorsen som representant til programstyret for prosjektet "Meldingsløftet i Helse Vest". Det er Helse Vest RHF som her tar ansvar for "koordinering og tilrettelegging av et regionalt program for å understøtte utbredelsen av elektroniske meldinger". Prosjektet er en del av Nasjonalt meldingsløft.

EMNEKURS

BLÅLYSDAGER

Det blir to-dagers emnekurs/klinisk emnekurs i Akuttmedisin, i samarbeid med Stavanger Universitetssykehus, 2.-3.11.09, i lokalene til Safer i Stavanger.

Kurset vil kreve forberedelse og bestått internetbasert 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 februar 2010.

Mer informasjon om disse kursene finnes på nettsiden vår www.legeforeningen.no/rogaland

HØSTKURS

Det blir emnekurs i uke 40. Nærmere informasjon om dette kommer når det er klart.

RETNINGSLINJER VED KURSPÅMELDING

Påmelding til alle kurs sendes på e-post til rogaland.legeforening@c2i.net.

Ved eventuell avmelding etter 3 uker før kursstart vil det bli krevd kr.1000,- i avmeldingsgebyr.

Påmelding effektueres ved betaling av kursavgiften.

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.

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.



Kursleder Oddny Bilstad

EMNEKURS

I Palliativ medisin, uke 7 2009

I uke 7 ble det avholdt Emnekurs i Palliativ medisin i Stavanger forum med 95 deltakere. Dette året prøvde vi ut å ha kurset over 4 litt lengre kvelder istedenfor 5, med fortsatt 20 kurstimer, noe som ga gode tilbakemeldinger ved evaluering. Det er slitsomt å være på kurs 5 kvelder på rad inkludert fredag.

Kurset ble planlagt i nært samarbeid med Mobilt palliativt team v SUS- og ga oss godt innblikk i deres arbeid rundt pasientene og nødvendig samarbeid mellom fastlege og kommunens tjenester.

Tema som "ER alt håp ute?", "Hva skjer med meg nå?" og "Barn som pårørende" ga reflekterte innspill om at det ikke bare handler om medisiner og teknikk når døende personer skal tas hånd om.

Samhandling mellom de ulike "aktørene" rundt pasient og familie fikk mye omtale av foreleserne.

Dette ble også hovedtema på årets Temamøte som Rogaland legeförening hadde ansvar for siste dag på kurset, selv om dette omhandler samhandling på et annet nivå.

Statssekretær Ellen B. Pedersen og tidligere sykehusdirektør Johannes Kolnes hadde innledninger om arbeidet med Samhandlingsreformen som er på trappene og det ble en engasjert debatt med mange gode innspill fra erfarne klinikere i salen.

I tillegg til kursdeltakerne var også vel 40 leger fra SUS til stede. Felles temamøte har nå "etablert" seg som en god tradisjon.

Oddny Bilstad, leder for kurskomiteén



Tidligere sykehusdir. Johannes Kolnes og statssekretær Ellen B. Pedersen.



Fylkeslege Pål Iden.



Sykehjemslege Eva Søderholm.



Kursdeltakere og medlemmer av kurskomiteén leder Oddny Bilstad, Kari Sinnes, Knut Arve Omdal.



To kursdeltakere.



Fastlege Eivind Vestbø.

BLAD B - Økonomi

Returadresse:
Rogaland legeforening,
Postboks 3049 Hillevåg
N-4095 Stavanger