

Syd-Vesten

Samhandlingsreformen

Syd-Vesten

LEDER



Vi nærmer oss jul og et nytt år - i samhandlingens tegn. Mange har jobbet hardt og grublet mye på hvordan det nye året skal bli med iverksettelsen av de siste års snakkis – samhandlingsreformen.

Dere lurer vel som jeg på hva den egentlig skal bli til i praksis. Kommunen lurer spesielt på om den får økonomiske konsekvenser. Befolkningen har mer eller mindre realistiske forventninger og helseforetakene ser at det kommer en reform som plasserer all risiko trygt i fanget på kommunene.

Jeg tror hovedpoenget er å ro gemyttene og senke forventningene. Vi har samhandlet innenfor rammene av det mulige hele veien. Denne reformen vil ikke gjøre den store forskjellen. Så lenge det ikke føres nødvendige ressurser inn i samhandlingsarbeidet må det ta lang tid å få til de gode løsningene. Samhandling må bli et nasjonalt prosjekt og spesielt når det gjelder eHelse.

Innføringen av reformen har gått i et tempo uten sidestykke og Legeforeningen har ved flere tilfeller spilt inn at man burde prøve ut ordningen i liten skala før man gjennomfører den nasjonalt. Man kan bare undre seg over hva som ligger bak politikernes motvilje mot dette. Men sannsynligvis spiller det liten rolle. Det ser ut til å bli som med keiserens nye klær – de krevde lite planlegging og var relativt lettskydd...

Men siden det er jul må jeg jo være litt snill med politikerne våre. Samhandling er viktig og når man rører i vannet kan det hende noe nytt dukker opp. Samhandling har om ikke annet blitt satt på dagsordenen og når støvet har lagt seg vil vi nok se at man finner frem til en og annen god løsning som faktisk kan bringe oss videre.

Det virkelig gode grepet vi kan få ut av den prosessen vi er inne i er å løfte PKO ordningen videre og utnytte dens virkelig store potensiale - å bli en felles ordning mellom sykehus, kommuner og kanskje også NAV. Ordningen må bli et samhandlingsklekkeri som alle parter har et eierskapsforhold til slik at de satser nok ressurser til å forme en helhetlig og effektiv helsetjeneste. Se egen artikkel.

Ellers håper jeg 2012 blir det året vi samlet Norge i et helserike. Ikke i et elefantforetak men på en lokalt styrt digital plattform som gir alle profesjoner og aktører mulighet til å finne hverandre. Lokalt, målrettet og effektivt. Både informasjon om tjenestene, de gode rutineene men også for dialog via epost og diskusjonsgrupper. Det må bli mulig å finne ut hvem som er HF sin ressursperson på et fagområde uten å gå via sentralbord, for- og bakvakt og 2 -3 telefonforsøk for å finne den rette. Gutta på golvnet må få en stemme, en definert kanal å legge ut spørsmål, få svar og bidra med løsninger. Det er ikke bare oljeressurser som ligger uoppdaget. Ute blant kollegene er jeg sikker på at vi finner uante ressurser om vi klarer å gi dem en stemme. www.fastlegeservice.no er et prosjekt som tar sikte på å utvikle en slik digital plattform.

Vi har i dette nummeret av Sydvesten prøvd å sy sammen et temanummer som presenterer forskjellige sider og tanker rundt samhandling og samhandlingsreformen. Vi har bedt leger i forskjellige posisjoner om å si litt om hva de tenker om status for reformen og hvordan egen organisasjon ligger an. Jeg håper dere vil synes det er interessant lesning og at det kan være med på å senke skuldrene inn mot julekvelden og et nytt år med fortsatt god samhandling.

Med ønske om en riktig god jul og et godt nytt år.

Jan Robert Johannessen
Leder Rogaland legeforening

INNHold

- 5 Ny doktorgrad: Nigussie Bogale
- 6 Samhandlingsreformen - hovedpunktene
- 9 Samhandlingsreformen - mer pengeflytting og byråkrati, eller?
- 10 Samhandlingsreformen Status 14.11.2011
- 11 Samhandlingsreformen med sykehusøyne
- 12 Praksiskonsulentordningen (PKO) - samhandling i praksis
- 14 Samhandlingsreforma i ein liten kommune
- 15 Hva bringer E-helse fremtiden?
- 16 Noen tanker om samhandling sett fra et psykiater- ståsted
- 17 Samhandling med TV perspektiv
- 18 Pasientsikkerhetskampanjen
- 19 Til Syd-Vesten og Paraplyen sine lesere
- 20 Informasjon fra kurskomiteen
- 21 Styret 2011-2013

Teknisk redaktør:
Sekretær Heidunn S. Nordtveit

Utkommer 4 ganger i året.

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

Leder: Jan Robert Johannessen,
Hinnatrekanten legesenter

Kurskomité:
Leder: Hans M. Ågotnes
Riska legesenter

Forsidefoto: Heidunn S. Nordtveit
Utgiver: Cox
Trykk: Scanner Grafisk

Annonser: Cox Bergen as
Geir Karstensen, Tlf. 930 04 871
Mail: geir.karstensen@cox.no

Grafisk fremstilling: Cox
www.cox.no

DR.GRADER VED SUS

Også i dette nummeret presenterer vi en kollega som i den siste tiden har disputert til PhD-grad.

Nigussie Bogale

European Cardiac
Resynchronization
Therapy (CRT) Survey



NY DOKTORGRAD - VI GRATULERER!

Bruk av hjertesvikt-pacemaker: Europeisk multinasjonalt studie.

20. oktober 2011 disputerte Nigussie Bogale for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen: "European Cardiac Resynchronization Therapy (CRT) Survey".

Nigussie Bogale er født i 1972 i Yirgalem, Etiopia. Han er oppvokst i Etiopia og startet på medisinstudiet i Bergen. Han ble cand. med ved Universitetet i Bergen 1999. Gjennomførte sykehusturnus i Stavanger og disktriksturnus i Hauge i Dalane. Fra 2001 var han assistentlege ved medisinsk avdeling ved Stavanger Universitetssjukehus. Han ble spesialist i indremedisin og hjertesykdommer i 2009. Han jobber nå som overlege ved hjerteutredningsseksjonen. I de kommende to årene har han planlagt å dra til Canada-University of British Columbia, Vancouver General Hospital for videreutdanning innen hjerteintervensjon. Bogale har hatt doktorgradsstipend ved Stavanger Universitetssjukehus og var tilknyttet Institutt for indremedisin, Universitetet i Bergen. Veileder har vært professor Kenneth Dickstein SUS/UiB. Ph.D.-arbeidet omhandler arbeidet med en multinasjonalt studie som undersøkte klinisk bruk av biventrikulærhjertesvikt pacemaker. Pasienter med hjertesvikt utvikler ofte ledningsforstyrrelser som kan føre til redusert pumpekraft grunnet ukoordinert sammentrekning. Dette problemet kan behandles med en hjertesvikt pacemaker – CRT (kardial resynkroniserende behandling). Pacemakere synkroniserer hjertets sammentrekning og dermed økes pumpekraften hos disse pasientene. Selv om det er klare retnings-

linjer, varierer bruken av denne kostbare behandlingsformen fra land til land. Det er også en stor utfordring å forhåndsdefinere hvilke pasientgrupper som får gevinst av behandlingen.

Dagens behandlingsstrategi baserer seg på store internasjonale forskningsstudier, men anvendelsen av hjertesvikt pacemakere utenfor studiene har ikke vært kartlagt. Denne studien ble derfor igangsatt i regi av de europeiske hjertesvikt- og hjerterytmeforeningene (HFA og EHRA av ESC). Det ble totalt inkludert 2438 pasienter fra 141 sentra i 13 europeiske land inklusiv Norge som bidro med 126 pasienter. Studien ble ledet av en sentral komité og 2 nasjonale koordinatører fra hvert av de deltakende land. Frivillige deltagende centre bidro med klinisk data uten økonomisk kompensasjon.

Studien viste at i klinisk praksis utvider man anvendelse av CRT til også å gjelde pasienter med høy alder (over 75 år), pasienter med forkammerflimrer og pasienter med tidligere vanlig pacemaker. Sentre som hadde høy implantasjonshyppighet var mer utforskende i forhold til eksisterende retningslinjer. Det var ingen forskjell i utkomme mellom pasienter som ble oppgradert fra vanlig pacemaker, sammenlignet med førstegangsimplantasjoner av CRT.

Ett års oppfølgingsdata som ble samlet inn fra 2111 av deltagende pasienter (87 %) viser at dødsfall og innleggelseshyppighet i sykehus var sammenlignbare med funn fra tidligere forskningsstudier, og de fleste pasientene følte seg mye bedre etter implantasjon av CRT.



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 legeförening 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 legeförening.

FOTOKONKURRANSEN FORTSETTER



For dere som liker å fotografere. De beste bildene blir trykket som forsidebilde i Syd-Vesten. Send ditt forslag til rogaland.legeförening@c2i.net. Bildene må leveres i digital form, stående format. Det er fint om du forteller om ditt bidrag; hvor det er tatt osv.

OVERSIKT OVER LEDIGE VIKARIATER - E-post abonnement på ledige stillinger

Alle ledige legestillinger som annonseres i Tidsskrift for Den norske legeförening finnes på tidsskriftet.no/stillinger. Annonnene publiseres på Internett før Tidsskriftet kommer ut. Her har du også mulighet for å registrere deg slik at du blir varslet hver gang det publiseres en stilling som passer med dine ønsker.

Les mer om dette på tidsskriftet.no/stillinger

Ikke fått satt deg inn i samhandlingsreformen ennå? Fortvil ikke SAMHANDLINGSREFORMEN



Jan Robert Johannessen
Leder Rogaland legeförening

Samhandlingsreformen har noen hovedmålsetninger som i seg selv er gode nok:

- Mer forebygging (fornuftig nok, men det spørs om det finansieres godt nok).
- Mer primærhelsetjeneste (dersom denne er forsvarlig og har lavere kostnad enn spesialisthelsetjenesten).
- Kommunal medfinansiering av i hovedsak medisinske pasienter (så i praksis les: eldre)
- Utskrivningsklare pasienter (Det koster 4000 å ligge ferdigbehandlet på sykehuset fra 1.januar).
- Lovpålagte samhandlingsavtaler (mellom kommunene og helseforetakene).
- Lokalmedisinske sentre og frisklivstjenester.
- Etterhvert øyeblikkelig hjelp med målsetting om å ta imot sykehjemspasienter som trenger akutt plass. (Plikten skal fases inn i perioden 2012-2015. Tilbudet skal full-finansieres. Det er tenkt å bli et tilbud for dem som har det like bra på sykehjem som på sykehus.)
- Elektronisk samhandling (skal bli bedre...)

Hovedpunktene er foreløpig utskrivningsklare pasienter og med-finansieringsordningen.

Litt for kort? Les videre:

Utskrivningsklare

Det første som skal skje er at kommunene får forsterket kravet om å ta hånd om utskrivningsklare pasienter fra dag 1. Ordningen med utskrivningsklare pasienter synes i utgangspunktet ryddig og fornuftig. Kommunene må betale 4000 kr per døgn de ikke kan ta i mot egne utbyggere som er erklært ferdigbehandlet på sykehuset.

Men under overflaten lurer flere problemstillinger. Hva er en utskrivningsklar pasient? Er en hoftoperert person ferdigbehandlet i det operasjonen er avsluttet? Hvor selvhjulpen skal pasienten være før han / hun sendes ut? Skal kommunene ta imot dårligere pasienter enn før? Skal kommunene ha en annen beredskap enn de har i dag? Skal de kunne ta imot dårligere pasienter enn før? Er det trykket av innleggelses og behov

for utskrivninger som skal definere hva en utskrivningsklar pasient er?

Sykehuslegene har definisjonsmakten. Kommunene må bestemme seg for om de vil godta dette eller kreve at de får et ord med i laget - hvordan skal det eventuelt gå for seg? Hva når pasienter viser seg å ikke være så avklart som man i utgangspunktet trodde? Svingdørs-pasienter er ikke et ukjent fenomen. Skal kommunene ha et kompensasjonssystem for merarbeidet med disse? Det åpner seg et vel av muligheter for byråkrati og uenighet.

Kommunene vil måtte gå tungt inn i disse problemstillingene og kreve avtaler som definerer dette tydelig. I Sør-Rogaland er det opprettet et forhandlingsutvalg som i disse dager forhandler med helseforetaket på vegne av kommunene. Vi må håpe på at avtalen blir god og forutsigbar for begge parter. Blir den for god for den ene parten blir det ødeleggende for mye av det gode arbeidet som allerede var gjort og påbegynt lenge før reformen ble lansert. Her må legene i og utenfor sykehuset passe på så fokuset på finansiering og avtaler ikke blir ødeleggende for den samhandlingen vi tross alt allerede har.

En styrking av praksiskonsulentordningen vil være en fornuftig måte å integrere tanker fra kommune og sykehus til et enhetlig og godt tilbud for pasientene.

Medfinansiering

Medfinansieringsordningen er virkelig et kapittel for seg. Her har kommunene fått medfinansieringsansvar for DRG forbruket. DRG utgjør ca 40% av helseforetakenes inntekt, resten er faste overføringer som kommunene altså ikke har medfinansieringsansvar.

Henvisninger fra kommunenes fastleger og legevakter utgjør ca 20 % av alle henvisningene til helseforetaket.. Resten genererer spesialisthelsetjenesten selv via intern henvising.

- Medfinansieringsreformen gjelder ikke kirurgi, psykiatri eller gravide.



- her kommer en kortversjon.

- HOVEDPUNKTENE

- Så vi snakker altså om en reform som i praksis gjelder de indremedisinske pasientene og da ligger det i pasientpopulasjonens natur at det i hovedsak er de eldre vi snakker om.
- I praksis er oppsiden for kommunen at de kan tjene 1 kroner for hver 4. krone de sparer staten for.

Det virker betimelig å spørre seg hvorfor kommunen skal bruke energi på å få til en endring i antall henvisninger. De har og vil ikke få instruksjonsmyndighet over innleggelses. De kan velge å bygge opp et tilbud som står klart til pasienter som kan tenkes å ha nytte av å havne på sykehjem fremfor sykehus eller som kan klare å være hjemme med et hastetilbud fra hjemmetjenesten. Men det vil også føre til et behov for å følge den syke og skrøpelige til nødvendige polikliniske undersøkelser. Spesialisttjenesten vil forventes å omstille seg til å tilby hastevurderinger og -undersøkelser for å unngå innleggelser som kan unngås med en rask avklaring.

Det er vanskelig å se for seg at det blir regningsvarende. Og foreløpig ser det også ut til å være umulig å beregne den teoretiske gevinsten. Det finnes ingen gode beregningsmodeller som kan fortelle en kommune som vil satse om det vil svare seg.

Lokalmedisinsk senter

Et begrep mer enn en bestilling på et hus. Det kan bli et hus der man lokaliserer en legevakt, noen sengeplasser til å observere pasienter, eventuelt andre funksjoner som kan være fornuftig å samlokalisere. Det kan også bli en satsning på kvalitetsheving i hjemmesykepleie og fastlegekontor med fokus på noen kronikergrupper, faglig samarbeid, mobil røntgen- og blodprøvetagningsteam, mobilt team for økt innsats i pleietjenesten etc.

For Nord - Jæren sin del får man bare håpe at kommunene vurderer å snakke sammen før de setter i gang og bygge hvert sitt hus. Man bør i hvertfall tenke på en oppgavefordeling slik at vi kan dra nytte av hverandres ressurser.

Hva med å gå i dialog med fastlegene og høre hva de tror skal til for å få til en kvalitetsheving i primærhelsetjenesten før beslutninger tas? Det kan hende at veien å gå er å finne fastleger som er interessert i å utvide praksisene sine, få inn mer hjelpepersonell og samhandle tettere med andre fagområder som fysioterapeuter, spesialsykepleiere og

psykologer. Samlokalisering med avtalespesialister ville være interessant og gi mulighet for faglig styrking.

For å få til dette må fastlegene få mer forutsigbare forhold. Dagens finansiering sementerer fastlegeordningen, det er ingen incentiver for positiv endring. Legene taper penger på å tilby kvelds åpne kontor (som ville kunne redusert trykket på legevakten og gitt god service til pasientene. Det ikke noen økonomisk oppside i å ta finansiell risiko. Både avtaler og finansierings-system må utvikles slik at det blir mer attraktivt å være innovativ.

Men viktigst av alt - spør oss. I tilfelle vi har noen gode svar.

Elektronisk samhandling

Man skal fortsette å satse på elektronisk samhandling. Man kan bare håpe at det blir etter å ha spurt oss som er brukere hva vi trenger og at jobben blir gjort i prioritert rekkefølge. Ikke som i dag i form av en rekke parallelle prosjekter som aldri blir ferdige / gode. RHF / HF må satse på å få til en god klinisk brukerflate, vi må få på plass elektronisk meldingsutveksling innad i HF og mellom HF og alle meldingstyper mellom HF og fastleger. RHF må ha en strategi for å holde utviklingstrykket oppe. Fastlegenes journalleverandører må få midler til å utvikle programvaren sin. Finansieringen må løftes til nasjonalt nivå og tas som en investering i infrastruktur med de muligheter det gir for å prioritere.

Konklusjon

Målsetningen med reformen er god, det er metoden som er problemet. Og spesielt medfinansieringsordningen. I praksis vil det bli en byråkratisering av finansieringsordningen og et uheldig fokus på avtaler og økonomi. La oss sørge for at det ikke blir på bekostning av pasienten.

Epilog

Om noen år har vi trolig fått en ny regjering. Medfinansiering vil da bli avskaffet ut fra at hele opposisjonen var mot den når den ble vedtatt. Vi vil huske den som en politiske broiler som skapte mer uro og byråkrati enn fremgang i samhandlingen. Men samtidig tror jeg nok det har satt fokus på hva som faktisk er god samhandling - og det er bra. Hadde de bare tatt seg tid til å planlegge og undersøke hva vi faktisk trenger...

ROGALAND LEGEFÖRENINGENS FOND FOR PRIMÆRMEDISIN

Kjære kollegaer i Rogaland legeförening!

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

1.

Det utlyses herved 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 legeförening.

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



Samhandlingsreformen

- mer pengeflytting og byråkrati, eller?



Av Ivar Halvorsen
fastlege/overlege i
Stavanger kommune

De sentrale idéene bak samhandlingsreformen er god, selv om det er gammelt nytt i ny tapping: vårt helsevesen må bruke krefter og ressurser på mest mulig effektivt vis for å sikre befolkningen mest helse for hver krone. Obligatorisk innhold i alle typer meldinger, gjennom alle tider?

Det nye er signalene om økt fart i overflyttingen av oppgaver fra sykehus til kommunene og fastlegene. Og forebygge mer, der det er nyttig. Idéene har fenget i kommunene, det er høy interesse og aktivitet mange steder. Stemningen hos mange fastleger er mer avmålt. Det er ikke så lett å se hva som kommer av endringer, når det kommer til stykket. Til nå har de fleste reformer hatt som bivirkning mer byråkratisering av klinisk arbeid.

De to hovedgrepene for økt fart i oppgaveflyttingen er at kommunene skal betale for ferdigbehandlede pasienter fra dag nummer én og også betale halvparten av den innsatsstyrte finansieringen, for poliklinikk og sykehusopphold (med noen unntak)

Betaling for utskrivningsklare pasienter kommer til å virke, ikke uten gnisninger og feil, men det går seg nok til. Betalingen er så høy at kommunene har igjen for å lage alternative løsninger. Her tror jeg at de økonomiske grepene vil virke. Det er mulig å telle, beregne behov, og drille inn gode løsninger i kommunene. Målsettingen er enkel og oversiktlig. De store kommunene må få til det de små har greid lenge. Det er ikke umulig, men krevende.

Den delen av reformen som kalles Medfinansiering er den dårligst konstruerte delen. Tanken er den samme, det skal kunne lønne seg for kommunene å påta seg oppgaver som vil medføre et lavere forbruk av sykehustjenester.

På dette området tror jeg at reformen vil få en trang fødsel. Såpass at den kanskje kommer til å floppe - dessverre. I motsetning til betalingsordningene for utskrivningsklare pasienter er det vanskelig å telle, beregne behov og lage gode løsninger i kommunene - for de pengene som systemet muligens stiller til rådighet.

Problemene er mange, og innflokke. Her er noen eksempler:

- Det å finne områder der oppgavene med fordel kan løses utenfor sykehus er faglig krevende for kommunene, man må samhandle godt med fastlegene
- Et tiltak i kommunen vil ikke nødvendigvis frigjøre midler. Ledig tid hos en sykehuslege vil bli brukt til noe annet, som kommunen også skal betale for
- Systemet med offentlig arbeid for fastleger er elendig, og har gitt noen av de minst nyttige legetjenestene vi har. Nye kommunale oppgaver for leger er dømt til å bli en fiasko, dersom man ikke endrer på rammebetingelsene. Dessverre.
- Nye tjenester for pasienter i kommunens regi vil mangle en kobling til dagens pasientbetalingssystem. Tjenestene må da enten være gratis eller bli

dyre for kronikere med frikort. Dette er en meget stor svakhet med reformen. Tjenestene henger ikke sammen økonomisk sett, for pasientene.

- Oppgavelisten for fastleger er full fra før, og det er nødvendig at fastlegene får en kortere liste. Man må ha tiltro til at en listereduksjon på grunn av nye, større oppgaver ikke skal innebære en inntektsreduksjon. Regjeringen har skaffet seg en lav troverdighet når det gjelder utvikling av fastlegetjenesten

Tross en lang liste med problemer og betenkeligheter er retningen riktig - det er denne veien helsevesenet bør utvikle seg. Vi må starte så godt vi kan, på tross av de nye økonomiske betingelsene.

Den beste starten for Medfinansieringsdelen av reformen vil være å fokusere ennå mer på god oppgavedeling mellom fastlegene og sykehusene. Økt innsats fra fastlegene koster ikke kommunene noe, og man kan trekke vekslere på mer enn ti års erfaringer med praksiskonsulentvirksomhet. Kommunene trenger fastlegenes innsikt i hva som foregår i helsetjenesten. Fastlegene som i dag er praksiskonsulenter (ansatt av sykehusene) kan ha glede av å ha et tyngre mandat i ryggen. Alle parter kan ha glede av å gjøre bedre analyser av helsetjenestene som utføres. Spesielt viktig vil det være å definere bedre når man trygt kan la være å henvise pasienter til utredning. Det vil også være fastlegene som i dag vet best hvor man burde gjøre en kraftigere forebyggende innsats.

Praksiskonsulentordningen representerer altså mye av den faglige innsikten og endringskraften som kommunene trenger i sitt arbeid med Medfinansieringen. Det ligger til rette for å vurdere en utvidelse av praksiskonsulentordningen, både med hensyn til mandat og kapasitet. Jeg ser for meg at ordningen blir et fellesprosjekt mellom kommunene og helseforetaket, der man deler på kostnaden. De samarbeidsstrukturene som kommunene må etablere seg imellom for å lage avtaler med helseforetaket må få ansvaret for samordningen med praksiskonsulentene. Også andre instanser har behov for gode kommunikasjonslinjer til fastlegene. En kommunal forankring kan gjøre det lettere å utvide arbeidsfeltet og sikre gode kommunikasjons- og informasjonskanaler på et generelt grunnlag.

Dagens praksiskonsulentordning, slik jeg kjenner den fra Sør-Rogaland, er godt forankret blant fastlegene, som et representativt organ, med god kontakt ut til kollegene i de fleste kommunene. Legene har svært små stillinger, men er mange. Det at fastlegene i området føler eierskap til ordningen vil være avgjørende for gjennomslagskraften. Slik er det i dag, og det er et meget godt utgangspunkt for å få noe ut av Medfinansieringsdelen av Samhandlingsreformen.



Samhandlingsreformen

Status 14.11.2011



Hans Petter Torvik
kommuneoverlege Sandnes

Som kjent vedtok Stortinget 2 nye lover i juni. Kommunehelse- og sosialtjenesteloven og sosialtjenesteloven erstattes av helse og omsorgsloven. Med dette forsvinner uttrykket sosiale tjenester ut av helselov- givningen. I tillegg har vi fått Folkehelseloven som pålegger kommuner å fremme helse, miljø og trivsel slik at sykdommer i langt større grad enn i dag kan forebygges.

Bakgrunnen for hele samhandlingsreformen er at helsetjenestene ikke er økonomisk bærekraftige over tid, samt at for mye ressurser brukes på komplikasjoner seint i et kronisk pasientforløp. Det antas å sette inn mye behandlingsressurser i starten av en kronisk sykdom kan forhindre komplikasjoner senere. Fra 2002 til 2008 økte helseutgiftene i spesialisthelsetjenesten fra 54 til 104 milliarder kroner. Det er et ønske om å forebygge fedme epidemien og med den type 2 diabetes, kreftsykdommer, KOLS, misbruk av rusmidler og fremme god psykisk helse.

Reformen er en retningsreform som starter med noen viktige økonomiske virkemidler fra 1.1.2012. Kommunene skal fra da av betale kr 4000 til helseforetaket per døgn for utskrivningsklare pasienter. Det er helseforetaket som alene definerer hvem som er utskrivningsklar, men foretaket er ansvarlig for at begrunnelsen er medisinsk faglig forsvarlig. Det er kommunen som avgjør om de kan ta imot pasienten og hvilket kommunalt tilbud en person skal få. Kommunen må etablere et medisinsk faglig forsvarlig tilbud til pasienten før de kan ta imot personen fra sykehuset.

I samband med de 2 nye lovene er det sendt ut 12 forskrifter på høring. Høringsfristen var 6. oktober og de endelige forskriftene er enda ikke vedtatt. Mange kommuner har protestert i høringene på at sykehuset alene kan definere en pasient som utskrivningsklar. Det er også ikke fastsatt enda hvordan uenighet mellom kommune og sykehus skal håndteres. Forhåpentligvis kommer forskriftene før jul slik at kjørereglene er klare fra 1.1.12.

Det er varslet ny fastlegeforskrift, men denne er fortsatt ikke sendt ut på høring. Det som er kjent er at det vil bli stilt krav om å avgi statistikkdata til kommunene og at det vil bli stilt noen kvalitetskrav til fastlegepraksisene. Vi venter i spenning på høringsutkastet som er varslet rundt nyttårstider, med planlagt iverksetting fra 1.7.12.

Nytt i helse og omsorgsloven er krav om samhandlingsavtale med helseforetaket. Kommunene i sør Rogaland har derfor gjennom KS laget et felles forhandlingsutvalg som skal forhandle med Helse Stavanger. Dette for at samhandlingsavtalene med de ulike kommuner skal bli så like som mulige. Fra kommunenes side blir utvalget ledet av kommunaldirektør Per Haarr fra Stavanger. Forhandlingene vil foregå i ukene fram til jul. Samhandlingsavtalen må godkjennes i hvert kommunestyre før 31. januar 2012.

Nytt fra 1.1.2012 er også at kommunene skal betale 20% av DRG poeng som sykehusene genererer for sine innbyggere. Unntatt er kirurgi, fødsler, nyfødte under 28 døgn gamle og enkelte kostbare medikamenter er unntatt fra kostnadsplikten. Staten håper på sikt at forebyggende og helsefremmende tiltak i kommunen kan gjøre at behovet for spesialisthelsetjenester skal bli mindre. Knappt 5 milliarder kroner er flyttet fra helseforetak til kommuner i statsbudsjettet for neste år for at kommunen skal kunne betale dette. Dersom ingen endring skjer, vil helseforetakene få samme sum fra kommunene som de tidligere fikk fra staten. Dersom kommunene er gode med forebyggende tiltak, kan kommunene hente ut en gevinst som kan brukes til andre helsefremmende tiltak. Det ser ut som om kommunene i sør Rogaland vil få overført mer penger enn de må tilbakebetale til helseforetaket. Dette skyldes i første rekke at vi har en ung befolkning i fylket og at vi har en tradisjon for lavere bruk av sykehustjenester enn landet for øvrig. I nord fylket er befolkningen på landsgjennomsnitt og til dels eldre, så her vil kommunene kunne oppleve at de må ut med mer penger enn de får tilført.

Kommunene i sør Rogaland har på ulike måter nedsatt interne arbeidsgrupper som arbeider med hvordan de nye utfordringer skal takles fra nyttår. Sandnes og Stavanger har store utfordringer med å ta imot utskrivningsklare pasienter, og begge har interne utvalg som ser på ulike muligheter for å kunne ta imot flere av sine innbyggere og gi dem et helse og omsorgstilbud som er faglig forsvarlig.

I alle kommuner arbeides det også med lokalmedisinske sentre / frisklivsentraler som skal fremme god folkehelse. Fallforebyggende arbeid, røykeslutt, fysisk aktivitet i hverdagen, fremme helsemessig kost / ernæring og ulykkesforebyggende arbeid er de tema som er mest omtalt.

I Sandnes kommune er det nedsatt en tverrfaglig prosjektgruppe som har det overordnede daglige ansvar. Denne rapporterer til rådmannens ledergruppe. Det er også flere arbeidsgrupper som arbeider med ulike tema som å fremme god folkehelse, fallforebyggende arbeid blant eldre, hvordan skal utskrivningsklare pasienter tilbys faglig forsvarlig hjelp i kommunen, forebyggende hjemmebesøk til eldre og samhandling på tvers i kommunen. Sandnes kommune satser om lag 4 mill kr på ulike tiltak, dette er differansen på hva kommunen tilføres og hva som er beregnet at den må betale til helseforetaket. Det er imidlertid mange usikkerhetsmomenter i et slikt regnestykke.



Samhandlingsreformen med sykehusøyne



Av Lars Kåre Kleppe
FTV YLF Helse Stavanger

1. januar 2012 trer samhandlingsreformen i kraft. Hvordan er sykehuslegene forberedt på dette? Som LIS ved medisinsk avdeling på Stavanger Universitetssjukehus er jeg spent på hvilke forandringer dette vil føre til. Mindre mer, BEON, Lokalmedisinske sentre, forebygging, halvannenlinjetjenester, tidligere ut, ingen oppbevaring av pasienter i påvente av omsorgstilbud i kommunene, fokus på 1.linjetjeneste, kommunal medfinansiering og mange andre begrep har vi hørt om, kanskje mest i media, men hvordan vil dette påvirke oss? Noen bemerkninger til utvalgte punkter.

Utskrivingsklare pasienter

I korridorene på Stavanger Universitetssjukehus ligger det pasienter, i flertall, bak skjerm Brett og med sauebjeller med et påsveiset praktisk håndtak på nattbordet slik at de kan gi beskjed hvis det er noe. Dette er en belastende situasjon – for pasienter og ansatte. Med opptil 120 % belegg på enkelte poster er dette blitt et vant syn. Samtidig har sykehuset til enhver tid en god del utskrivingsklare pasienter. I enkelte uker har det vært over 50 pasienter som er definert som ferdigbehandlede. Nå skal det endelig skje noe, med en dagspris på 4000 kroner blir sykehusene dyre hoteller. Sykehuslegene forventer seg endring her, og ser frem til å kunne unngå å ha samtaler og behandlinger på gangene våre. Man forventer seg at dette blir det mest håndfaste beviset på at samhandlingen virker. Inntrykket av hva man er i stand til i kommunehelsetjenesten er nok subjektivt og de forventninger man har til videre behandling og oppfølging vil nok øke, her gjelder nok overskrift mer enn innhold. Et sykehjem er ikke et sykehjem og lokalkunnskapen om hva hvilket sykehjem kan tilby er lite kjent. Jeg har vel et inntrykk av at vi fra tid til annen strekker strikken litt vel langt her. Vi vil også ha behov for bedre kjøreregler i forhold til hva som skal til for å definere noen som utskrivingsklare. Her må vi nok gå i oss selv. Forskriften om utskrivingsklare pasienter er da ikke til særlig hjelp. Her er det viktig med samhandling i praksis. Vi har overskriften, men har vi innholdet?

Kommunal medfinansiering

Samhandlingsreformen inneholder en intrikat finansieringsendring, for å stimulere kommunene til å gjøre mer selv – for noen grupper, innen visse grenser, for noen eldre. Omfordelingen av pengene gjøres ut fra kommunenes innbyggertall og nåværende forbruk skal i noen grad korrigeres. Dette er ikke testet i prøvoforsøk og bærer preg av tallmagi, mer enn reelle signaler. Med pengestrømmer bør det også følge kontroll av disse. Slik det nå er tenkt virker det som om disse overføringene er mer av virtuell art. Skal kommunenes penger passes godt på, må bruken av dem også voktes. Hvem skal gjøre det? Hvordan skal kommunene sørge for å kontrollere bruken? Hvordan skal sykehuset eventuelt oppdras til ikke å bruke av kommunens penger? Kontrollører på legevakter og sykehus? Vil dette føre til større behov for å rettferdiggjøre handlinger på sykehuset? Slik dette nå er lagt opp er det for små midler til virkelig å styre bruken, men nok til å skape forskjeller mellom kommuner og landsdeler. Forbruket av sykehus tjenester er forskjellig fra kommune til kommune, fra helseforetak til helseforetak.

Planen bærer preg av for mange kompromisser og tiden vil vise hvilke følger dette får.

Utdanning

Vi er et lite land, med sårbare fagmiljøer. Spesialistutdanningen i sykehusene er en omfattende prosess. Hvis man skal anta at kommunene ønsker mindre bruk av sykehustjenester for å bygge dem opp selv, kan det bli utfordrende å opprettholde gode miljøer innenfor de små fagene for å utdanne kommende fagfolk. Det er bekymringsfullt. Spesialister ut i kommunene er en besnærende ide, men det gjenstår vel å se hvordan dette skal organiseres i praksis. Det positive kan være at andre arbeidsgivere kan bidra til å svekke helseforetakenes rolle som monopolist for ansettelse av sykehusleger, noe som kanskje kan bidra til bedre betingelser.

Bemanningen på lokalmedisinske sentre og forsterkede sykehjem er et annet sårbart punkt. Det finnes ingen spesialisitet i samhandlingsmedisin, hva skal den kunne, hvem er den perfekte samhandlingslegen? Hvordan skal dette arbeidet organiseres med vaktordninger og utdanning? Jeg savner gode eksempler på dette.

Om lokalmedisinske sentre

Ministre og statssekretærer har valgfart til landets samhandlingsmekkaer i flere år. Spredt ut i landet har de ulikt innhold og ulike målsetninger. Det virker som om det er behov for klargjøring av hva dette skal inneholde. Det blir vanskelig for sykehuslegene å forholde seg til forskjellige sentre med tydelige forskjeller i funksjon. Det er bebudet flere slike prosjekt i Rogaland, det blir spennende å se hvilken utforming disse får. Et meget viktig moment er at informasjonsflyten må være god for å unngå dobbeltundersøkelser og feil. Faglig samhandling må få gode forhold og bygge på gjensidighet. Etter noen år i akutt mottaket på SUS er mitt inntrykk at det er lettere sagt enn gjort å avgjøre hva som kunne, hvis det hadde vært mulighet for det, blitt behandlet direkte på sykehjem. Komplekse pasienter krever god utredning og den enkle pneumonien er ikke så ofte så enkel som man vil ha det til. Det er lett å være etterpåkløkt, men i starten er det i stor grad observasjonstiden som gjør oss kloke.

Samhandlingsreformen er vedtatt, mange baller er kastet opp i luften og det er mange åpne spørsmål. Tiden vil vise hvordan dette vil utvikle seg, men behovet for gode diskusjoner mellom legene på sykehuset og i førstelinjetjenesten er tydelig. Det er viktig at de medisinske avgjørelsene må større verdi enn forholdet til medfinansiering og administrative hensyn.

Praksiskonsulentordningen (PKO)

- samhandling i praksis

Fastlegene vil nødvendigvis bli en viktig del av samhandlingsreformens suksess eller fiasko. Diagnoser og henvisninger er førende for tjenestebehov / ressursbruk uten at kommunen har mulighet til å overstyre legens vurdering. I kraft av sin kjennskap til pasient og lokale forhold vil fastlegen være en viktig del for å løse tingene som gir den gode pasientflyten - på riktig omsorgsnivå. Fastleger kan ved siden av kommunelegene være kommunenes fagperson i møtet med spesialisthelsetjenesten.

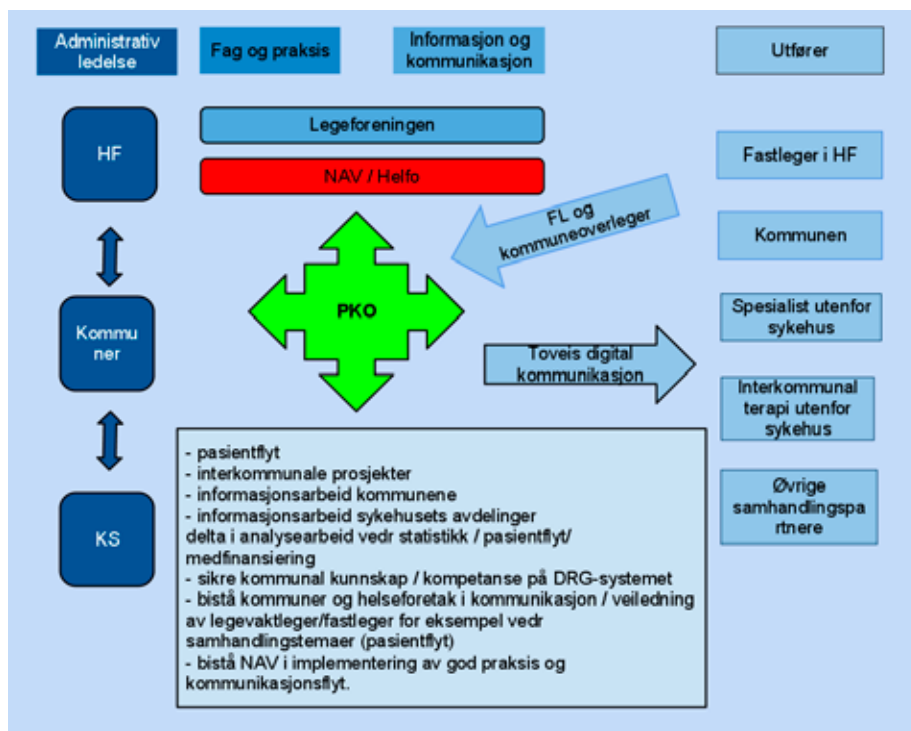
Hver enkelt kommune har ikke kompetanse til å bygge opp egen kompetanse på avtaleverket og oppfølging av dette. DRG systemet krever medisinsk faglig forståelse når man skal prøve å tolke effekten av avtaler og iverksette tiltak, spesielt på forhånd. Leger med erfaring fra sykehus og primærhelsetjeneste er sannsynligvis de som har best forutsetning for å forstå disse sammenhengene.

Pasientflyt-kompetanse er også viktig for å kunne gi kommuner og fastleger råd og veiledning slik at forløpene blir enklest mulig og i tråd med intensjonene i reformen. Dette gjelder forløp både internt i, og mellom, nivåene.

En utvidet Praksiskonsulentordning (PKO) er etter vår mening et veldig godt egnet organ til å bli et overbygg for kommunenes behov for utvikling og monitorering av samhandlingsarbeidet og -avtalene. Kommunene/KS bør i de pågående forhandlingene kreve medeierskap til ordningen og samle sine fagpersoner og driftsressurser i HF- PKO og bruke det som et felles interkommunalt organ.

Ved å videreutvikle PKO ordningen til å bli et praktisk samarbeidsorgan i grenseflaten mellom HF, kommune og eventuelt NAV kan vi få til de gode løsningene og få dem ut til brukerne slik at de lar seg omsette i praksis og man kan oppnå å integrere fastlegene i beslutningslinjen slik at de både for eierskapsfølelse via ansvar for og innflytelse på prosessene. Kommunene bør allokere støttepersonell for politiske, økonomiske og juridiske prosesser som et felles sekretariat for kommunene i HF området.

Skissen under illustrerer PKO sin plass og funksjon i samhandlingsarbeidet. Stavanger universitetssykehus og kommunene i Sør - Rogaland har allerede et fungerende administrativt samhandlingsnivå men for å få inkorporert fastlegene i beslutningslinjene trenger man et felles interkommunalt organ for å få på plass en godt fungerende arbeidsform for fag og praksis:



Finansiering av PKO ordningen

Man kan tenke seg ulike finansieringsløsninger for et slikt PKO organ. Et forslag kan være at både HF, kommune og NAV bidrar med en andel og at kommune vedtar en innbyrdes kostnadsfordeling basert på innbyggertall.

Hvem bør være praksiskonsulenter:

Man bør sikte på å få til en blanding av faggrupper med særlig vekt på hjemmesykepleien, fastleger og kommuneleger. Gjennomslagskraften ligger i eierskap og informasjonsarbeid. Med kombinert eierskap mellom HF og kommuner og PKO stillinger besatt av personer med legitimitet i gruppen de representerer vil en slik ordning kunne bli siste biten i puslespillet for å skape en helhetlig helsetjeneste.

Vi håper mange tar kontakt for en nærmere diskusjon.

Jan Robert Johannessen
Fastlege
Praksiskonsulent Stavanger HF
HTV Stavanger kommune
Leder Rogaland legeforening

Knut Vassbø
Fastlege
Praksiskonsulent Stavanger HF
Kommuneoverlege Bjerkreim kommune
Styremedlem Rogaland legeforening

Ivar Halvorsen
Fastlege
Praksiskonsulent Stavanger HF
Overlege Stavanger kommune
Styremedlem Allmennlegeforeningen

Olav Thorsen
Fastlege
Praksiskoordinator Stavanger HF





Samhandlingsreforma i ein liten kommune



Eivind Vestbø
kommunelege i Finnøy

Kritikken mot regjeringa si Samhandlingsreform er nå aukande både frå fagleg og politisk hald. Det blir hevda at Samhandlingsreforma er for lite gjennomarbeidd og at innføringa går for fort. Dessutan at det er slagside mot jus og økonomi, og for lite om kompetanse og fag. Det er ikkje vanskeleg å vera samd i dette, men vi er forbi "the point og no return" og må førehalda oss anten vi vil eller ikkje.

I ein liten kommune som Finnøy manglar vi sektorpolitikar på helse, og vi har ein administrasjon som strevar med daglege forvaltningsoppgåver. Det var difor fagfolka som først tok tak i problemstillinga i mai d. å.. Då leverte ei bredt samansett fagnemnd eit dokument til kommunen som vi kalla "Oversikt over ein del grunnlagsdata og moglege løysingar når Finnøy kommune skal gå i samarbeid med nabokommunar for å løysa problemstillingane i Samhandlingsreforma".

Vi presenterte her de vi kunne finna av statistiske data til moglege samarbeidskommunar, og prøvde å dokumentera på kva måte dei var ulike med tanke på samarbeid innanfor reforma. Deretter skisserte vi moglege samarbeidsområde, og til slutt ein del prinsipp for korleis samarbeidet kunne gjennomførast.

Etter dette har det vore administrative kontakt med Rennesøy kommune og ein har søkt om, og fått midlar til ein prosjektmedarbeidar som er tilsett med start i febr. neste år. Det står nå att å sjå i kor stor grad ein vil bruka dei utarbeidde faglege premissane når planleggingsarbeidet kjem i gong på nyåret.

Som kommunelege i Finnøy har eg ein del tankar om samarbeidet:

- Finnøy må prøva å få gjennomslag for å utvikla våre tenester til bruk for samarbeidskommunen / kommunane der vi er gode, og ta mot tenester der vi er mindre gode.
- Vi må passa oss for i ikkje å bli slukt av ein eller fleire storkommunar.
- Samarbeidskommunane må leggja vekt på felles kompetanseheving og sterkare fagmiljø.
- Vi må ta i bruk telemedisinske løysingar i samarbeidet med andrelinetenesta sidan våre eininga blir små.
- Vi må vera på vakt mot; at ei reint "Finnøykommunal" teneste blir annanrangs, og tappa for fagfolk.
- Vi må for all del unngå at samarbeidstenestane blir ein måte å bygga ut manglar i nåverande teneste, og ikkje eit system for nye oppgåver.

Når det gjeld budsjett og økonomien i reforma for kommande år, kjem Finnøy godt ut. Vi har greidd å ta imot vore innlagde pasientar utan økonomisk "straff", og bruker spesialisthelsetenesta opptil 30 % mindre enn landsgjennomsnittet. Dette trass i eit stort tal på eldre som er sentralt i tildelingsnøkkelen. Budsjettet for neste år er difor oppsett med eit overskudd i reformpengar på ca. 600 000.

HLR

HELSETJENESTE FOR
LEGER I ROGALAND
Rogaland legeförening,
Postboks 3049, 4095 Stavanger

STØTTELEGER I ROGALAND LEGEFORENING

Stavanger:

Avdelingsrådgiver: Terje Vevatne,
Rogaland A-senter, Dusavikveien 216 .
Tel 51 72 90 00, privat: 51 54 23 71,
mobil: 905 65 445,
e-post: terje.vevatne@lyse.net

Reno Karlsen,
Dr. Karlens legekantor, Stavanger,
Tlf. 51 89 41 55, privat: 51 56 06 43,
mobil: 915 56 700,
e-post: renomk@online.no

Elin Haarr,
Ort.kir.avd. Sus, Tlf.: 05151,
privat: 51 32 18 60, mobil: 990 39 861

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,
Legekantoret 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,
Krokeidesenteret avd. Nærland,
Tlf.: 51 79 82 70 / 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 legeförening



Av Lars Kåre Kleppe
FTV YLF Helse Stavanger

Hva bringer E-helse fremtiden?

Denne høsten har legeföreningen vært en av høringsinstansene i forbindelse med utviklingen av en nasjonal kjernejournal. Rogaland legeförening har bidratt i denne prosessen som ledet frem til et 10 sider langt brev fra sentralstyret til Helse og Omsorgsdepartementet. Tanken om en felles basis for viktige opplysninger er god og fremtidsrettet. Våre pasienter forventer at vi følger med i utviklingen av informasjonssamfunnet. Så langt er kjernejournalen på planleggingsstadiet, men behovet for bedre elektroniske løsninger øker raskere enn det våre myndigheter er i stand til følge opp. Kjernejournalen, sammen med en rekke andre prosjekter som er planlagt og under utprøving skal ta oss inn i en enklere arbeidshverdag. eResept, elektronisk meldingsutveksling, minVaksine.no, Helse-Norge.no er noen av prosjektene som har blitt utviklet de siste årene.

Opposisjonspartiene foreslo i november samlet et IT-løft for helsevesenet. Det er et positivt utspill, men har vi gode prosjekter å bruke dette på? Hvordan passer man på at prosjektene som foreslås og de som nå utvikles passer godt sammen? Hvem definerer behovene og sikrer at programmene sørger for godt samarbeid og ikke bare mer dokumentasjon og tidsbruk?

Helse Vest avslutter ved utgangen av 2011 utrulningen av DIPS som felles elektronisk pasientjournal for alle foretakene. I Helse Stavanger skjedde overgangen til DIPS høsten 2008. I Helse Fonna våren 2011. Fra starten av var det klart at dette systemet nok ikke ville revolusjonere arbeidshverdagen, det gjorde det heller

ikke. Hovedinnvendingene fra klinikerne er at programmet har dårlig brukervennlighet, flere arbeidsoppgaver har blitt mer tidkrevende for leger. Av positive endringer har man fått bedre tilgjengelighet til dokumenter man tidligere fant i papirjournalen, eksempelvis mikrobiologsvar, patologisvar, gamle kurver og EKGer som nå enten scannes eller importeres i systemet. I praksis er dog systemet fremdeles en elektronisk versjon av en papirjournal. Søkefunksjoner, skjemadata og automatisk gjenkjenning av opplysninger som kunne lettet brevskrivning eller henvisninger er helt fraværende. DIPS er i nåværende utforming ikke et fremtidsrettet program som skal hjelpe oss inn i den elektroniske fremtiden. DIPS er et EPJ utviklet i Norge. Med stadig flere kunder og mulig fremtidig monopolsituasjon for DIPS i Norge kan man frykte at videreutvikling av programmet inn i en ny tidsalder kan ta lang tid.

Gode fremtidige løsninger må basere på forenkling av arbeidshverdagen og minimering av dobbeltarbeid og unødvendige tastetrykk og pålogginger. Systemene må snakke godt sammen. For å få dette til må brukernes behov høres og tas med i programutviklingen. Med mange nye prosjekter som berører både i 1.linjetjenesten og spesialisthelsetjenesten må det forventes at de skal gjøre arbeidet lettere og ikke vanskeligere. Her er det viktig å følge med!



Noen tanker om samhandling sett fra et psykiater- ståsted



Hilde Hustoft, overlege JDPS,
PhD kandidat UIO

Jeg har de siste ti årene arbeidet på Jæren DPS poliklinikk. I åtte av disse årene som leder. På Jæren DPS har det vært fokus på å få et godt samarbeide med de kommunene vi er spesialisthelsetjeneste for. På senteret har vi hatt prosjektet "Enkelt og greit i lag". Det har handlet om å få til treffpunkter mellom 1. og 2. linjetjeneste og et samarbeid på ledernivå med tanke på å få til gode og helhetlige løsninger for de tyngste pasientene innen det psykiske helsevesenet, de som trenger bortimot et heldøgntilbud i kommunene. For å unngå at pasientene blir kasteball i systemet, setter alle parter seg sammen og vedtar løsninger som alle kan enes om. Både for oss som arbeider i spesialisthelsetjenesten i psykiatri og for de kommunalt ansatte er det viktig at vi fordeler arbeidet på en fornuftig måte. For å få dette til, er det viktig å snakke sammen og å få utvekslet erfaringer og behov. I poliklinikk har vi hatt stor nytte av å få fastlegene i tale, da de er vår viktigste oppdragsgivere. Jeg husker en fastlege som sa: "Send pasienten tilbake til oss når de er ferdig utredet hvis man tenker at det først og fremst er støtte og kontinuitet de trenger. Vi slutter ikke med pasientene". For våre kommuner stemmer dette godt, fordi det er god kontinuitet i fastlegekorpset.

Det fins mye kunnskap både om psykiatrisk diagnostisering og også behandling i kommunalhelsetjenesten. Mange fastleger har tatt utdanning i kognitiv terapi og også ansatte i kommunal rus- og psykiatritjeneste har mye tilleggsutdanning bl.a. i terapi. Det medfører at disse i mange tilfeller er godt skikket til å ha langtidsoppfølgingen av pasienter. Hvilken rolle skal da spesialisthelsetjenesten ha?

Psykiatriske lidelser kan behandles og helbredes på lik linje med somatiske lidelser og det skjer stadige nyvinninger innen både farmakologisk og terapeutisk forskning. Et mål i samhandlingsreformen er å få til tidlig intervensjon og behandling for å forebygge kronifisering. Det er et viktig aspekt også innenfor psykiatrien. Forskning har vist at det går bedre med pasientene hvis vi kommer tidlig til. En del terapier er krevende og krever mer omfattende kunnskap i psykiske prosesser og terapi. Det er det psykiateren og psykologen har spesialkompetanse på og bruker livet sitt til. Det er derfor viktig at det er dette vi bruker tiden til i spesialisthelsetjenesten, og ikke omfattende omsorgsoppgaver som veldig godt og bedre kan ivaretas på et kommunalt nivå. Samtidig tenker jeg at det er viktig at psykiske lidelse i likhet med somatiske lidelser får et godt og kvalifisert spesialisert behandlingstilbud når

det er behov for det. Det er også viktig at ansatte i spesialisthelsetjenesten får tid til faglig kompetanseheving slik at de er godt à jour innen sitt fagområde.

Min opplevelse er at fastleger forventer å få en utredning, diagnostisering, medikamentell vurdering og forslag til en videre behandlingsplan når en pasient henvises til psykiatrisk poliklinikk. Behandlingsplanen for pasienten videre bør utarbeides i samarbeid med pasienten og kommunal psykiatri /fastlege dersom det er behov for mer sammensatte tjenester. Denne kan innebefatte at pasienten får psykoterapi i begrenset omfang ved psykiatrisk poliklinikk, kurs/ gruppebehandling rettet mot spesifikke psykiske vansker og i tillegg at det opparbeides en kontakt i kommunen med tanke på langtidsomsorg eller støtte hvis det er snakk om alvorlige psykiske lidelser som krever langvarig kontakt. På denne måten kunne hovedtyngden av den psykiatriske omsorgen skje i kommunen og samtidig sørge for at pasientene får god behandling ut fra de til en hver tid beste behandlingsintervensjonene for den enkelte psykiske lidelse. Jeg tenker også at spesialisthelsetjenesten bør tilby veiledning til kommunene.

Jeg håper at vi allerede nå har et godt samarbeid, eller at vi i alle fall er på vei mot det.

Et øket fokus på at forebygging er viktig. Mye av psykiatrisk behandling handler om omsorg og det å gi en person en opplevelse av menneskelig kontakt og varme som de kanskje har opplevd lite av i livet. Vi vet at bakgrunnen for mange psykiske lidelser handler om overgrep, omsorgsvikt og andre forhold som har gitt en personlig skjevutvikling tidlig i livet. Til tross for dette er barnevern og skole lite prioriterte områder. Det undrer meg når vi vet hvor mye tidlig intervensjon for å sikre gode oppvekstvilkår betyr

Jeg håper vi får til mye god samhandling og god arbeidsfordeling i årene framover. Og at både fastleger og spesialister kan slå ring om fortsatt god medisinsk/ psykologisk behandling for de pasientene som har behov for det både i spesialisthelsetjenesten og kommunalt.



Samhandling med TV perspektiv



Av Per Brunovskis
HTV Karmøy kommune

I utgangspunktet var samarbeidet mellom legene og kommunen forholdsvis inaktivt. Det kom et vendepunkt da vi ble invitert til samarbeidsmøtet hvor KS og Rogaland legeförening møttes i 2010. Å høre hvordan andre kommuner hadde det, inspirerte i hvert fall meg til å ta tak i samarbeidet med Karmøy kommune.

Vi avtalte et møte med Helse og sosial- sjefen og en av hans medarbeidere. Vi ble enige om å prøve å kjøre 4 ALU (Red: Allmennlegeutvalg, møte der alle allmennlegene treffes) og 4 LSU

Tor Johannessen
HTV Haugesund kommune

I Haugesund har vi satt av en av våre leger - dr Apeland- til å arbeide med samhandlings-



Jan Robert Johannessen
HTV Stavanger kommune

I Stavanger sitter undertegnede i styringsgruppen for samhandlingsreformen. Det er ikke selvsagt. Jeg oppdaget tilfeldig at Sykepleierforbundet og Fagforbundet hadde avtalt at de skulle sitte i styringsgruppen. Dette var avtalt på et møte blant de frikjøpte HTV i Stavanger kommune. På et møte jeg ikke var informert om. Jeg plukket tilfeldigvis opp en orienterende epost om at dette var vedtatt. Det er jo ikke så unaturlig at de mente de burde sitte gruppen men samtidig ikke helt unaturlig at Legeföreningen sin HTV også blir forespurrt. Jeg tok derfor kontakt og ba om å få være med. Kommunen var rask med å utvide HTV representasjonen til 3 HTV. Jeg er ennå usikker på hvorvidt det gir meg noen reell innflytelse i prosessene men det gir ihvertfall en mulighet til å komme med innspill.

(Red: Lokale samarbeidsutvalg der kommune- og allmennlegerepresentanter møtes) hvert år. ALU rett i forkant av LSU så sakslisten på neste LSU skulle være kjent og vi i ALU kunne drøfte sakene.

Tilfeldigvis oppstod det en litt kinkig legevaktsak samtidig og jeg ble bedt om å stille i studio hos TV Haugaland til debatt med vår ordfører. Denne debatten utviklet seg til å handle mest om hvor få fastleger Karmøy har i forhold til folketallet og ordet legekrise falt. Da løsnet det. Haugesunds avis og lokalradio hengte seg på og derved kom politikerne på banen.

Etter dette er vår argumentasjon blitt trodd på og Karmøy kommune signaliserer at de ser fastlegene som meget viktige SAMARBEIDSPARTNERE. De signaliserer også at de vil ta et tak når det trengs med tanke på spesielt fast ansatte legers lønns- og arbeidsvilkår som nå er ekstra aktuelt for å få ansatt ny kommuneoverlege.

Karmøy kommune har invitert oss til å være

reformen. Han slipper å delta i kommunal tjeneste og skal i stedet bruke sin nyvunne tid på arbeid med reformen. Den kommunale komiteen har foreløpig bare møter 1 gang i måneden - ca 2 timer- men der kommer nok mer.

Der er nylig blitt satt ned to nye komiteer som skal arbeide med spesifikke saker innen refor-

Jeg har ingen konspirasjonsteori rundt det faktum at de ikke tenkte på HTV Dnlf som et naturlig medlem av styringsgruppen, jeg tror man bare ikke er vant til at HTV Dnlf ønsker å delta i systemarbeid i kommunen. Jeg tror også det er tilfelle i mange andre kommuner. Fastlegenes kompetanse oppleves etterspurrt men med dårlige avtaler for frikjøp (som Tor Johannessen i innlegget over illustrerer) og at man i for liten grad tenker på fastlegene som en integrert del av kommunens helse-tjeneste legger det ikke forholdene til rette for et tett og godt samarbeid. Dette kan løses! Kommunene har mulighet til å bruke en del av tilpliktet offentlig kommunal tjeneste til å arrangere møter i arbeidstiden eller å bruke fastleger i systemarbeid / arbeidsgrupper og dermed integrere fastlegenes kompetanse i beslutningsprosessene. De kan se på oss som konsulenter og betale praksiskompensasjon ihht Normaltariffen for tiden vår slik de ville gjort om de leide inn hvilken som helst annen konsulent. Det kunne det komme mange gode løsninger ut av.

Generelt er det slik at samarbeidsklimaet i Stavanger er godt mellom legene og kommunen. Jeg tror mye av forklaringen ligger i at kommunen over tid har hatt en stabil og dyktig kommunelegegruppe som både er kommune-

med i forskjellige prosjektgrupper som skulle se på deler av samhandlingen. Det siste nå er at vi blir med i en kommunal koordineringsgruppe som skal styre gjennomføringen av samhandlingsreformen. Kommunen betaler leger som deltar i arbeidet.

Jeg opplever at Karmøy kommune har forbedret seg så godt som mulig med alle de usikre faktorene som finnes rundt reformen. Det er en god tone på LSU hvor vi ikke har hatt en eneste kampvotering. Det foreligger vilje fra begge sider til å se motpartens synspunkter. Vi føler nå at vi har et samarbeid for at Karmøy skal være en god kommune å leve i.

Dette kan kanskje virke noe rosenrødt og man kan tenke at kommunen er så lydhør så lenge vi er svært få leger og de som er her må tas vare på. At den dagen det ikke er legemangel kommer det en styringsiver? Men den dagen det ikke er legemangel kommer ikke hvis man skal følge implementasjonen vi har hørt om i reformen....

men. Der er ønsket nye leger inn i disse da samme lege helst ikke skal befinne seg i for mange posisjoner. Det kan bli problematisk å fristille/skaffe flere leger uten å fristille dem fra annet arbeid. Legene som deltar i arbeidet får vanlig timelønn og dette dekker jo ikke praksisutgiftene.

leger og fastleger og dermed kjenner hvor både kommune- og fastlegeskoen trykker. Man har over tid satset på å bruke Lokalt samarbeidsutvalg (LSU) og Allmennlegeutvalget (AU). Dialog løser ikke alle problemer men det ser jammen ut til å hjelpe...

Jeg vil ellers holde frem at Helsesjefen nylig har avsluttet et veldig godt arbeid med Plan for fastlegetjenesten og Plan for akuttmedisin og gjort et systematisk og godt arbeid som legger grunnlaget for en tydelig retning fremover.

Det er mitt inntrykk at Stavanger kommune har en relativ god hånd på arbeidet med samhandlingsreformen - i den grad det er mulig med de dårlige forarbeidene sentrale myndigheter har gjort i innføringen av denne reformen. Jeg tror ikke man vil få på plass endelige og varige løsninger til 1.januar 2012 men ved å fortsette å jobbe slik man har gjort **og involvere fastlegene i betydelig sterkere grad** kan vi i felleskap få til svært mye av intensjonene i reformen. Jeg ser blant annet potensiale for mer samarbeid mellom legekantorene, utvikling av delte spesialressurser med fokus på kronikergrupper og arbeid med kvalitetsheving som signalisert i Plan for fastlegetjenesten og akuttjenesten. Kommunen og fastlegene har samme mål - gode helsetjenester til befolkningen.

Pasientsikkerhetskampanjen

Av Anne Grimstvedt Kvalvik
Seniorrådgiver dr. med,
Kvalitet og pasientsikkerhet,
Fagavd., Helse Vest RHF

Pasientsikkerhetskampanjen ble lansert i Bergen 27. januar 2011 og skal løpe ut 2013. Tilsvarende kampanjer har vært gjennomført i en rekke andre land som USA, Nederland, Danmark og Skottland. Kampanjeformen innebærer at det er en tidsbegrenset og målrettet satsing.

Pasientsikkerhetskampanjen i Norge har som målsetting å redusere antall og omfang av pasientskader og uønskede hendelser i helsetjenesten. Det er også ønsket at vi skal bygge varige strukturer og en god pasientsikkerhetskultur slik at forbedringene fortsetter også etter at kampanjeperioden er over.

Kampanjen ledes fra Kunnskapssenteret og Anne Grete Skjellanger leder sekretariatet. Styringsgruppa ledes av Helsedirektør Bjørn Inge Larsen hvor også de administrerende direktorene for de fire regionale helseforetakene sitter. Folkehelseinstituttet, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Kommunenes sentralforbund, Legemiddelverket, Sykepleierforbundet og Legeforeningen er også representert i Styringsgruppa.

Det finnes en regional kampanjeleder i hvert RHF og en lokal kampanjeleder på hvert foretak. I Helse Vest er Anne Grimstvedt Kvalvik i Fagavdelingen, Helse Vest RHF regional kampanjeleder. Sølve Braut og Tomas Jonson er lokale kampanjeledere i henholdsvis Helse Stavanger og Helse Fonna.

Omfanget av pasientskader ved norske sykehus blir kartlagt ved en systematisk journalgranskning med metoden "Global Trigger Tool". To sykepleiere gjennomgår hver for seg 20 tilfeldig utplukkede journaler hver måned. De leter etter bestemte hendelser, triggere, som kan vitne om at en skade er påført pasienten – på grunn av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser. En lege vurderer og tar stilling til om skaden er en konsekvens av den tilgrunnliggende sykdommen som pasienten får behandling for, eller om det er snakk om en uønsket hendelse. Alle foretak i Helse Vest hadde levert resultat etter slike journalgranskinger for mars – desember 2010 og det gjøres fortløpende målinger for inneværende år. På nasjonalt nivå er det regnet ut at skader er påført pasienter ved 14.5 % av alle innleggelser.

Det er et stort spenn i skadetype og skadealvor. Ikke alle skader kan unngås. Allergiske reaksjoner er eksempel på slike. Det har imidlertid vært vanlig å anta at halvparten av skadene kan unngås. Legemiddelfeil og sykehusinfeksjoner er eksempel på felt der forbedringer kan gjøres og som det kampanjen skal ha fokus på.

Det er kampanjens målsetting at alle som bruker faste medisiner skal ha en medisinliste på seg. Denne skal fremvises ved all kontakt med helsetjenesten og oppdateres løpende. Fastlegen har en sentral oppgave i dette. Epikriser skal gjøre rede for hvilke endringer i medisineringen som er gjort under sykehusoppholdet og hvorfor.

Bruken av sjekkliste for trygg kirurgi skal blant annet sikre at profylaktisk antibiotika blir gitt i riktig tid preoperativt, at pasienten har normotemperatur under operasjonen og at behåring i operasjonsområdet fjernes på riktig måte. Dette skal bidra til at postoperative infeksjoner reduseres.

Pilotstudier har vært gjennomført på området legemiddelsikkerhet og på bruken av sjekkliste for trygg kirurgi for å hindre postoperative infeksjoner. Ekspertgrupper er i gang for å utvikle tiltak for å sikre behandling av pasienter med hjerneslag og innen psykisk helse og rus.

Pasientsikkerhetskulturen i spesialisthelsetjenesten skal kartlegges og spørreskjemaet Safety Attitudes Questionnaire skal brukes. I Helse Vest har vi utviklet et verktøy for å gjøre lokale pasienterfaringsmålinger. Et nettverk av medarbeidere har fått opplæring i å bruke dette. Vi ser for oss at nettverket og verktøyet vil kunne brukes i forbindelse med Pasientsikkerhetskulturmålingene.

Pasientsikkerhetskampanjen er en ambisøs satsing som vil være sentral for Kvalitetssatsinga i Helse Vest de neste årene.



Til Syd-Vesten (Rogaland) og Paraplyen (Hordaland og Sogn&Fjordane) sine lesere:

Sigrun Solberg,
Leder i Regionsutvalg Vest og
Konserntillitsvalgt for
Akademikerne i Helse Vest
Sigrun.solberg@helse-bergen.no

Regionsutvalg Vest er et kontakt- og samarbeidsorgan for lokalforeningene i våre tre fylker og et representativt organ for legeföreningen overfor regional helseforvaltning, arbeidsgivere eller kontraktsparter som opptrer på det regionale nivå. Regionsutvalg Vest består av våre tre lokalforeningsledere, en regional representant for hver yrkesforening, en representant for medisinerstudentforeningen og en leder. Dessuten møter den legen som er valgt til å være en av de fire ansattrepresentantene i styret i Helse Vest.

Utvalget skal særlig ha sin oppmerksomhet på organisering av helsetjenestene og den helsepolitiske utvikling i regionen og i størst mulig grad opptre i samråd og samhandling med lokalforeningene og yrkesforeningenes tillitsvalgte i regionen. I saker av prinsipiell art forutsettes det at regionsutvalget fatter vedtak i samråd med sentralstyret.

Det er viktig at utvalget settes sammen slik at det er en rimelig fordeling mellom våre tre fylker. Vi har ennå ikke fått på plass alle representantene for inneværende to års periode. Først må alle de tre lokalforeningene ha fått sine interne posisjoner på plass. Når det er gjort, skal vi få på plass medlemmene i regionsutvalget.

Alle leger i våre tre fylker kan, helst gjennom sine tillitsvalgte, ta opp saker som en mener Regionsutvalget bør behandle.

Et eksempel på saker som tas opp i regionsutvalget er:

"Regional plan for kirurgi" som er forankret i Helse Vest sin strategiplan "Helse2020". Det er nedsatt en prosjektgruppe med tidligere fagdirektør i Helse Vest, Odd Søreide, som leder og en styringsgruppe som ledes av fagdirektøren i Helse Vest.

Prosjektgruppen består i tillegg til lederen, av to representanter fra hvert helseforetak, en representant for de private ideelle sykehusene, to konserntillitsvalgte og har to sekretærer.

Prosjektgruppens arbeid skal være gjennomført innen 1. mars 2012. Planen skal ut på høring før den skal vedtas av styret i Helse Vest.

Planen skal omfatte følgende kirurgiske fagområder: Generell kirurgi, Ortopedisk kirurgi, Urologisk kirurgi, Gastroenterologisk kirurgi, Thorax-/hjerterkirurgi, Bryst-/endokrinkirurgi, Gynekologisk kreftkirurgi og Barnekirurgi.

Prosjektgruppen skal bl.a. få frem viktige problemstillinger og utfordringer innenfor de aktuelle fagområdene, gjøre egne vurderinger mht funksjonsfordeling innen kreftkirurgi og evt. innen andre områder hvor det vurderes nødvendig og fremme forslag til/gi råd om overordnede prinsipper og føringer for utvikling av tjenestetilbudet innen kirurgi i et regionalt perspektiv.

Følgende momenter/problemstillinger skal være beskrevet og vurdert i planen:

- tilbudet fordelt på foretaksområder, fagområder, akutt/elektiv, innleggelse/dagkirurgi, poliklinikk og volum på tjenestene
- forventet utvikling innen kirurgi som følge av demografiske endringer, inkl. forventet endring av sykkelighet frem til 2020, og utvikling av dagkirurgi og desentraliserte tjenester
- ny teknologi/nye metoder og om og hvordan disse bør innføres/tas i bruk inklusiv konsekvenser av økende bruk av intervensjonsbehandling
- viktige flaskehals/utfordringer knyttet til medisinske støttefunksjoner (radiologi, anestesi/intensivmedisin, patologi)
- utstyrssituasjonen, behovet for fornyelse av utstyr og samordning av innkjøp
- organisering av akuttkirurgi og funksjonsfordeling innen elektiv kirurgi, herunder variasjoner i praksis og kirurgisk behandling utenfor regionen
- utnyttelse av legeressursene og konsekvenser av og for spesialistutdanningen
- krav til bærekraftige fagmiljøer – ressurser, volum, infrastruktur

Her er det mye som skal forstås og vurderes på en klok måte! Foreløpig har prosjektgruppen fått presentert kirurgitilbudet i tre av de fire helseforetakene.

I tillegg til leder består Prosjektgruppen av: for Helse Førde, Nils Sletteskog og Tore Dvergsdal, for Helse Bergen, August Bakke og Ove Furnes, for Helse Fonna, Olav Klausen og Helge Espelid, for Helse Stavanger, Inger Cathrine Bryne og Jon Arne Søreide, for de private ideelle sykehusene, Inge Glambeek. Som konserntillitsvalgte deltar Toril Østvold (SAN) og Sigrun Solberg (Akademikerne).

Å utarbeide en god regional plan for kirurgi er en stor oppgave med kort tidsfrist.

Hele mandatet er ikke tatt inn i det som står over. Jeg mener at dette er en viktig sak som kan komme til å berøre nesten alle legene i våre tre fylker. De som ønsker mer informasjon må gjerne sende meg en mail.

INFORMASJON FRA KURSKOMITEEN

EMNEKURS

SYKEHJEMSMEDISIN 2012 er under planlegging

Tid: 31. januar, 24. april, 18. september og 20. november 2012
kl. 12-18.00.

Sted: Arkeologisk museum i Stavanger

Påmelding: rogaland.legeförening@c2i.net

Mer informasjon kommer når det er klart.

UKE 7 - 2012 KVELDSKURS HUD

13.-16.2.2012, er under planlegging.
Mer informasjon kommer når det er klart.

DAGKURS NEVROLOGI

Tid: 15.-16.2.2012
Sted: St. Svithun hotell

Mer informasjon kommer når det er klart.



Kurskomiteén Peter Christersson, Gunn Aadland, Mariette Punte, Anne Arons-son, Kari Sinnes, Hans Ågotnes. Knut Omdal var ikke tilstede da bilde ble tatt.

DET INVITERES TIL U-LANDS OG TROPAMEDISINKURS 26.-30.3.2012 I NGAOUNDÉRÉ, KAMERUN.

Godkjenninger: Som valgfrie kurstimer til spesialiteten i samfunns-
medisin: 32 timer. Som valgfrie kurstimer til spesialiteten i barnesyk-
dommer: 32 timer. Som emnekurs til spesialiteten i allmennmedisin:
30 timer og som valgfrie kurstimer: 2 timer.

For program og mer informasjon:
se <http://legeforeningen.no/id/183686.0>
og <http://www.ravinala.no/tropemedisin/>.

AKUTT MEDISIN BLÅLYSDAGER

Det blir følgende emnekurs/klinisk emnekurs i Akuttmedisin, i samarbeid
med Stavanger Universitetssykehus, i lokalene til Safer, Seehusensgate
1, Stavanger:

DAGKURS - 2 DAGER

Tid: 12.-13.11.2012
Påmelding: innen 12.8.2012 til rogaland.legeförening@c2i.net.
Tid for resertifisering/ spesialisering må opplyses.
Pris: kr. 2200,- i kursavgift, ca. kr. 500,- i kostpenger
Antall deltakere: 28

Kurset vil kreve forberedelse og bestått internettbasert teoritest i AHLR før
fremmøte og er godkjent med 20 poeng som obligatorisk emnekurs/klinisk
emnekurs i akuttmedisin til videre- og etterutdanningen i Allmennmedisin.
(Emnekurs i akuttmedisin blir obligatorisk for godkjenning av allmenn-
spesialiteten fra 2012. Vi planlegger at det skal bli slike kurs vår og høst
hvert år, som skal tilfredsstillende kravene for dette.)
Mer informasjon om disse kursene finnes på nettsiden vår
www.legeföreningen.no/rogaland

INVITASJON TIL AKUTT MEDISINSK SAMHANDLINGSTRENING

Fagdage går fra 08.30-14.30. Det er plass til tre leger på hver dag.
Følgende dager samhandlingstrening for ambulansetjenestens personell
og legevaksleger er satt opp i 2012:

FAGDAG 2 - HOVEDFOKUS PÅ BARN

Mars: 21, 22, 23, 29 og 30
April: 18, 19, 20, 25 og 26

FAGDAG 3 - HOVEDFOKUS PÅ GERIATRI

September: 5, 6, 7, 13, 14, 18, 20, 21, 27 og 28

FAGDAG 4 - HOVEDFOKUS PÅ TRAUME

November: 7, 8, 9, 14, 15, 21, 22, 23, 28 og 29

Påmelding: rogaland.legeförening@c2i.net

Sted: SAFER, Seehusensgate 1, Stavanger

Samhandlingstreningen koster ikke noe.

Mange kommuner dekker nå tapte arbeidsfortjeneste for legene sine.

RETNINGSLINJER VED KURSPÅMELDING

Ved eventuell avmelding etter 3 uker før kursstart vil
det bli krevd kr.1000,- i avmeldingsgebyr.
Påmelding effektueres ved betaling av kursavgiften.
Avmelding ved kurs Blålysdager:
Ved avmelding etter 3 uker før kursstart blir ingenting refundert.

Husk også våre nettsider: www.legeföreningen.no/rogaland



STYRET I ROGALAND LEGEFÖRENING FOR PERIODEN 2011 - 2013

Jan Robert Johannessen

Født: 1971

Bosted: Stavanger

Cand.med.: UiO 2000

Yrkeserfaring: Ass lege Medisinsk avdeling Sus 2001-2003, spesialist i allmennmedisin, praksiskonsulent Sus.

Tillitsvalgterfaring: Varamedlem Rlf styret 2005-2007, HTV Stavanger 207-dd, 1. landsråd AF 2007-2011, leder Rogaland legeförening 2001-

**Knut Vassbø**

Født: 1973

Bosted: Vikeså

D.med.: UiO 1999

Yrkeserfaring: Privat og kommunal fastlegepraksis, sjukehuseneste i psykiatri. Spesialist i allmennmedisin.

Tillitsvalgterfaring: Varamedlem til styret i Rlf 2007-2011 Annet: Praksiskonsulent ved Sus – ortopedisk kirurgisk avdeling

**Hilde Hustoft**

Født: 1965

Bosted: Bryne

Cand.med. Universitetet i Bergen 1991

Yrkeserfaring: Turnuslege 1991-1992 Flekkefjord/ Sunddalsøra, Ass.lege psykiatrisk avdeling Fredrikstad/ RPS, Spesialist i psykiatri i 2001, Jæren DPS 2001-dd, leder av poliklinikken der 2001-2011.

Tillitsvalgterfaring: Hovedtillitsvalgt yngre legers forening RPS, 2006-2007

**Kent Are Jamtøy**

Født: 1979

Bosted: Haugesund

Cand. med: Universitetet i Debrecen, Ungarn

Yrkeserfaring: Turnuslege Vest Agder sentralsykehus/ Kristiansand kommune 2008 - 2009, Ass.lege Haugesund Sjukehus ØNH 2009 -

Tillitsvalgterfaring: Vara Rogaland Dnlf 2009-2011

**Marie Skontorp**

Født: 1977

Bosted: Stavanger

Cand. med: NTNU 2005

Yrkeserfaring: Turnuslege Ålesund sjukehus/ Stranda Kommune 2005-2007, LIS ved anesthesiavdelingen Ålesund sjukehus 2007-2010 og LIS ved anesthesiavdelingen SUS fra 2010

Tillitsvalgterfaring: HTV Ylf Ålesund sjukehus 2007-2008, FTV Ylf Helse Sunnmøre 2008-2010, Ylf-representant i Møre og Romsdal legeförening 2008-2010, Ylf-styret fra 2010, Ylf-representant i Spesialitetskomiteen i anesthesiologi fra 2010, vararepresentant til Rogaland legeförening fra 2011, Medlem Legeföreningens valgkomité 2011-2013.

Annet: I barselpermisjon til januar 2012

**Line Ravndal**

Født: 1981

Bosted: Stavanger

Cand. med: Universitetet i Bergen 2007

Yrkeserfaring: Turnuslege Flekkefjord sykehus/ Mandal kommune 2008-2009. Allmennlege, Skeiane legesenter Sandnes 2009-dd.

**Truls Eide**

Født: 1969

Bosted: Sandnes

Yrkeserfaring: Allmennlege Sandnes siden 2000

Tillitsvalgterfaring: TV for Allmennlegeföreningen i Sandnes

**Egil Bjørløw**

Født: 1969

Bosted: Stavanger

Cand. med: Universitetet i Tromsø 1998

Yrkeserfaring: Turnuslege Vest Agder sentralsykehus/ Kristiansand kommune 1998-2000, Ass.lege Aust Agder Sentralsykehus 2000-2001, Rådgiver Nasjonalt folkehelseinstitutt, Avdeling for infeksjonsovervåking 2001-2004, Helsejef Stavanger kommune 2004-dd.

Tillitsvalgterfaring: Medlem LUFFE (Legeföreningens utvalg for Elektronisk informasjonsutveksling) 2008-dd. Vara Rogaland Dnlf 2009-2011. Repr. Rog. Dnlf 2011-dd.

**Olav K. Langhelle**

Født: 1943

Bosted: Stavanger

Yrkeserfaring: Overlege Plastikkirurgisk avdeling, SUS 1987-1995. Sjefflege SUS 1990-1995. Leder Helse og arbeidsmiljø BP Norge 1995-2010.

Tillitsvalgterfaring:

Annet: Deltidspensjonist fra sommeren 2010. Driver nå enkeltmannsforetak og arbeider hovedsakelig med kvalitetssystemer/ ISO 9001 sertifisering innen helse og arbeidsmiljø.

**Erna-Gunn Moen**

Født: 1955

Bosted: Stavanger

Cand. Med.: Univ i Bergen 1980

Yrkeserfaring: Spesialist i psykiatri, spesialist i yrkesmedisin / arbeidsmedisin, 1. avd jus, arbeid i Statens helsetilsyn/ Helsetilsyn i fylke.

Tillitsvalgterfaring: Bla. hovedtillitsvalgt i Htil i fylke, divisjonstillsvalgt Of i Psyk div. SUS, tillitsvalgt OF for Spes avd Voksne og Avd unge Voksne i Psyk div, hovedtillitsvalgt OF Helse Stavanger HF. Sittet i DNLFs Regionsutvalg Vest, i styre Norsk arbeidsmed. forening, er nå i Rogaland legeföreningens styre og i Overlegeföreningens styre, medlem landsråd og landsstyret.

**Finn Finsnes**

Født: 1959

Cand. med.: Kiel 1988, dr. med. UiO 2001.

Yrkeserfaring: Overlege Lungemedisinsk avdeling Ullevål Sykehus 1994-1998, Stipendiat Norges Forskningsråd 1997-2001. Godkjent spesialist i indremedisin, lunge- og kardiologi. Dr. med. Universitetet i Oslo 2001 med tema astmatisk inflammasjon. Avtalespesialist i Stavanger, driver egeninitierte forskningsprosjekter med støtte fra Innovasjon Norge.

**Lars Kåre Kleppe**

Født: 1978

Bosted: Stavanger

D.med.: Cand.med. Leipzig 2005

Yrkeserfaring: Lege i Spesialisering SUS, Nevrologisk avdeling 2005-2007

Lege i spesialisering SUS, Medisinsk avdeling 2007 - Tillitsvalgterfaring: Avdelingstillsvalgt nevrologisk avdeling og medisinsk avdeling Foretakstillsvalgt YLF Helse Stavanger fra 2009 Styremedlem i RLF fra 2009 Leder valgkomiteen YLF 2011-2013







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



B - Økonomi