PARAPLYEN

TIDSSKRIFT FOR HORDALAND OG SOGN OG FJORDANE LEGEFORENINGER
NR.1 ÅRG.20 2010

- Medisinsk grunnutdanning
- Turnustjeneste, – en sjelden luksus

Velkommen til
Bergen Kirurgiske Sykehus (BKS)

Brystreduksjoner

Visste du at Bergen Kirurgiske Sykehus (BKS) nå har offentlig avtale med Helse Vest på å utføre brystreduksjoner på medisinsk indikasjon?

Står dine pasienter i en offentlig helsekø?

Vi opplever at kvinner med store bryst er en pasientgruppe som ofte står uten behandlingstilbud eller settes på lange ventelister.
Helse Vest har nå inngått avtale med BKS om medisinsk indisert plastikkirurgi. Dette er et tilbud som dine pasienter bør få vite om.

Pasienten betaler kun vanlig egenandel

Kort ventetid

Alle pasienter som henvises til oss blir undersøkt og vurdert innen 2 uker. Venteliste for operasjon er på under 4 uker.

Har du spørsmål?

Ta gjerne kontakt med oss på telefon 55 11 80 80 eller besøk oss på **www.bksykehus.no**

bks
BERGEN KIRURGISKE SYKEHUS

Sentralbord: 55 11 80 80
Nesttunvn. 90 B, 5221 Nesttun
www.bksykehus.no

Bergen Kirurgiske Sykehus *er Vestlandets største offentlig godkjente private dagkirurgiske sykehus. I 2005 ble det utført cirka 3000 dagkirurgiske inngrep ved BKS. BKS har i de senere år vært en verdifull bidragsyter til den offentlige helsetjeneste gjennom leveranser til flere fylkestrygdekontor og Helse Vest. Per i dag utføres hovedsakelig dagkirurgiske operasjoner innen fagfeltene ortopedi, nevrokirurgi, håndkirurgi, plastisk kirurgi og øyekirurgi. BKS holder til i skreddersydde, nyoppussede og godkjente lokaler i det store glassbygget på Nesttun i Bergen. Vi har 3 (+2) operasjonsstuer, 6 oppvåkningssenger og 4 enerom. Bergen Kirurgiske Sykehus samlokaliserer og samarbeider med BKS Øye og Klinikk Bergen, to private aktører innenfor fagfeltene øyekirurgi og plastisk kirurgi. Mer informasjon om BKS finnes på www.bksykehus.no.*

Leder

Gunnar Ramstad
gr@bakkehuset.no

Arbeidsavklaringspenger

I skrivende stund er det 24 dager til rehabiliteringspenger, yrkesrettet attføring og midlertidig uføretrygd er avskaffet. Fra første mars heter alle disse ytelser arbeidsavklaringspenger, AAP.

Det er en nokså stor omveltning som skjer her, selv om ytelsen i kroner og øre skal være den samme. Det er lite informasjon til legene om dette, og det er til dels dårlig informasjon innad i NAV også. Man innfører også en meldeplikt for pasienten som en del av endringen, og det må forventes en del forvirring rundt dette.
Det vil først og fremst være fastlegene som møter disse endringene, så de får vel snart tilbud om et kurs.

Regjerningens ekspertutvalg har, med påholden penn, nå lagt frem sine forslag til endring av sykemeldingsordningen.
Vi ser en kostnadsnøytral? endring av arbeidsgivers betalingsplikt ved sykefravær. Vi ser at legene må bruke gradert sykemelding mye mer, og vi ser at legene skal få oversikt over sin sykemeldingspraksis hvert kvartal. Man skal således kunne sammenligne med hvor mye "gjennomsnittslegen" sykemelder.
Her skal nok mange få seg en overraskelse.
Spørsmålet er bare hvilken nytte vi kan dra av disse tallene.
Skal de som sykemelder "for mye" stramme betydelig inn? Skal noen bli litt mer liberale? Skal allmennlegene insistere på at sykehuslegene sykemelder ferdig etter sykehusopphold, slik at vi ikke får disse sykemeldingene på "vår kvote"?

Dette kommer nok til å gå bra, men det er ingen åpenbar gevinst i denne troen på tallenes tale.
Regjerningen har heller ikke ennå bestemt seg, den har bare fått råd.
Det er all grunn til å tro at forslaget om obligatorisk kursing av fastlegene i denne nyordning, vil få gehør.
Det er så ukomplisert, og så ufarlig, å gå inn for kursing og kompetanseheving. Det er vanskelig for Dnlf å ha motforestillinger mot dette.
Imidlertid tror jeg at det vil by på store vansker, nærmest inntil det umulige, å få legene til å ta økonomiske kostnader ved å gå på ulønnet kurs i arbeidstiden.
Dette samarbeidet med NAV/staten lider ofte under at man forutsetter at en gruppe deltar uten noen form for kompensasjon.

Det er mulig dette er svartmaling, men jeg håper jeg har rett.

Den kommende endring i sykemeldingsordningen vil gjerne ha en kort forbigående effekt på sykefraværet, mest pga det veldige fokus for tiden. Regjerningen får seg, under påskudd av at vi må bruke tid på evaluering, et pusterom til over valget i 2013.

Den neste regjerning som skal se på dette, vil nok måtte ha en helt åpen holdning til nye virkemidler

Fortsatt god vinter.

Ansvarlig redaktør:
Espen Rostrup
Haukeland Universitetssykehus
Hjerteavdelingen
5021 Bergen

E-post:
eero@helse-bergen.no

Hordaland Legeforening:
Legenes hus
Kalfarveien 37, 5018 Bergen
Tlf.: 913 28 445

Leder: Gunnar Ramstad
Redaktør: Espen Rostrup

Sogn og Fjordane legeforening:
Leder: Tom Guldhav
guldhav@broadpark.no
Mob: 415 15 626

Annonser:
Cox Bergen AS
Tlf. 55 54 08 15
E.mail: Cecilie.Dahle@cox.no

Grafisk Fremstilling:
Cox Bergen AS
C. Sundtsgt. 51,
5004 Bergen

Trykk: Scanner Grafisk

TILBUD TIL ALLMENNLEGE ELLER SPESIALIST

Moderne kontor (25 m²) med velutstyrt lab. og akuttstue, resepsjon, venterom, lunsjrom etc. ledig for lege i lite helsesenter meget sentralt i Bergen.
Samarbeidspartnere i lokalene:
Allmennlege, naprapater, fysioterapeut /akupunktør.

Også mulighet for overtagelse av liten bedriftshelsetjeneste.

Kontakttelefon 95 23 00 79
eller e-post: fredrikson@ahb.as

VOSS LEGEVAKT

Ved Voss legevakt som er lokalisert til Voss sjukehus kan ein tilby legevaktteneste for kvalifiserte legar. Dette kan vera på fast basis over ei tid, eller meir sporadiske vakter. Spesielt treng ein legar i sommarferien og andre ferietidspunkt, men resten av året er og aktuelt.

Stillinga er fastløna. På dagtid er distriktet Voss kommune, mens det om natta omfattar fleire kommunar. Om dagen (frå kl 16 - 23 mandag til fredag, 08-23 lørdag og søndag) dels tilstadesvakt og dels beredskapsvakt. Om natta tilstadesvakt.

Nærare opplysningar ved kommunelege Reidar Berge,
Tlf. 56 53 30 60. E-post: reidar.berge@voss.kommune.no

I vårt trivelige miljø har vi fine nyoppussede lokaler til utleie til de fleste formål:

- ***Kontor***
- ***Møterom***
- ***Behandlingsrom***
- ***Operasjonsstuer***
- ***Recoveryenhet***

Kort- eller langtidsleie.

Ta kontakt:
Tlf: 55208090/91
Fax: 55208099
Mail: post@ore-nese-halslegene.nhn.no

Redaktør

Espen Rostrup
espen.rostrup@helse-bergen.no

Turnustjeneste,- en luksus for de få

Igjen rettes medias søkelys mot legers turnustjeneste. Kort tid etter at bølgene har lagt seg etter Helsedirektoratets mye omtale forslag om å etablere en treårig ordning, er man nå ikke i stand til å tilby legestudentene den praksis som kreves for å få autorisasjon. Ved Universitetet i Bergen får kun 3 av 10 tilbud om turnusplass etter endt studium.

Mange husker sikkert den famøse rapporten fra Sosial- og Helsedirektoratet som kom for ca to år siden. Man skisserte der en treårig praktisk tjeneste som skulle gjennomføres etter 6 års studium, altså et 9-årig utdanningsløp. Det ville i tilfelle vært unikt i europeisk sammenheng,- og det i en tid hvor harmonisering av utdannings- og godkjenningsordninger har stått i fokus i de fleste land det er aktuelt for oss å sammenligne oss med.

Rapporten førte naturlig nok til ramaskrik. Bekymringer både av faglig og sosial karakter ble frembrakt og saken ble utførlig debattert på Legeforeningens landsstyremøte i Bodø før sommeren 2009. Der fattet landsstyret et viktig vedtak som sa noe om hvilken retning man ønsket seg for turnustjenesten. Det er ikke Dnlf som bestemmer tjenestens form, varighet og innhold, det er det til syvende og sist Helse- og omsorgsdepartementet som gjør. Vedtaket ga imidlertid sentralstyret fullmakt til å arbeide videre med endringer i turnustjenesten i dialog med myndighetene ut fra visse kriterier og forutsetninger:

- Arbeide for å endre dagens turnustjeneste til en basistjeneste som skal danne grunnlag for videre spesialisering.
- Det er et mål for landsstyret at alle kan påbegynne basistjeneste rett etter medisinsk embetseksamen.
- Fremtidig basistjeneste bør, som praktisk, klinisk ferdighetstrening, være harmonisert med tilsvarende tjeneste i andre land/internasjonale regler for utdanning av leger i EU/EØS-området.
- Det bør vurderes om basistjenesten, helt eller delvis, skal kunne telle med i spesialiseringen, enten som hovedutdanning eller som "sideutdanning".
- En spesialitetsforberedende tjeneste med 6 til 12 måneders tjeneste i sykehus. Landsstyret vil anbefale sentralstyret å arbeide for 12 måneder tjeneste i sykehus, herav 6 måneder indremedisin.
- Spesialistreglene må endres og harmoniseres i forhold til et sammenhengende utdanningsløp for basistjeneste og spesialistutdanning.
- Legeforeningen vil anbefale at det fortsatt benyttes lisens (begrenset autorisasjon) etter medisinsk embetseksamen.
- Trekning av plass til spesialitetsforberedende turnustjeneste opprettholdes. Ordningen må være tilrettelagt med et forpliktende antall plasser. (Vedtatt etter en lengre debatt…)

Helsedirektoratets rapport om turnustjenesten for leger ferdigstilles i disse dager og har frist for oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet den 1. mars. Både innhold og saksgang i forbindelse med den forrige rapporten var ikke særlig tillitsvekkende. Innholdet bar preg av distriktspolitikk med treårig beordring fremfor fokus på fag og kvalitet og ingen av de berørte parter var involvert i prosessen. La oss håpe Helsedirektoratet tok inn over seg den hoderystende responsen i 2008 og at de denne gangen både har vært lyttende og i større grad har fokusert hvordan vi skal løse den enorme utfordringen ordningen åpenbart møter. Basert på Legeforeningens langvarige erfaring med ordningen burde det være naturlig at en "ny" turnustjeneste utformes med foreningen som faglig samarbeidspartner og ikke som en arbeidslivets motpart.

Gjeldene regelverk sier at turnustjenesten på 18 måneder som hovedregel skal utføres i direkte tilknytning til bestått medisinsk eksamen. I år er man altså kun i stand til å tilby 1/3 av studentene dette. De resterende 2/3 må i mellomtiden finne noe annet å gjøre. Dette vitner om en organisering og en forvaltning av ordningen under enhver kritikk og som ikke evner å etterkomme dens intensjon eller regelverk. Tiden for en omorganisering er med andre ord overmoden.

Forsidefoto: ScanStockPhoto

Bidrag til Paraplyen sendes elektronisk til redaktøren

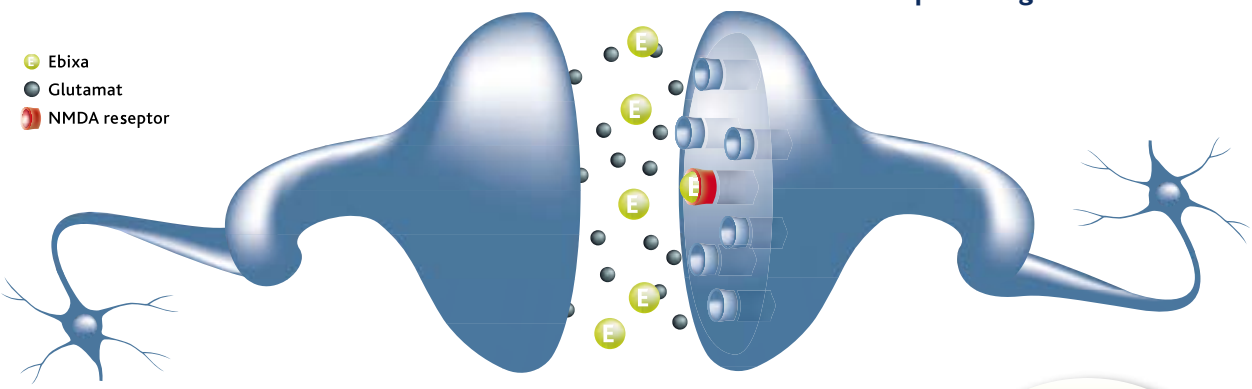
Reduser agitasjon og irritasjon ved Alzheimers sykdom* 1)

*Godkjent for moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom.

- **Forbedrer evnen til å utføre daglige gjøremål** 2) 3)
- **Reduserer pleietid** 4)
- **Effekten kan måles etter bare 4 uker** 3)
- **Tolereres godt** 2)

UNIK virkningsmekanisme

NMDA-reseptorantagonist



Lundbeck

20 mg • Én om dagen

Ebixa® memantin

ENKEL BEHANDLING

Ebixa 20 mg ÉN OM DAGEN

1) S Gauthier Int J Ger Psychiatry 2005; 20:459-464. **2)** Reisberg B, Doody R, Stöffler A, et al. Memantine in moderate-to severe Alzheimer's disease. New Engl J Med 2003; 348: 1333–1341. **3)** Winblad B, Poritis N. Memantine in severe dementia: results of the M-BEST study (benefit and efficacy in severely demented patients during treatment with memantine). Int J Ger Psychiatry 1999; 14: 135–146. **4)** Wimo A,Winblad B, Stöffler A, et al. Resource utilisation and cost analysis of memantine in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. Pharmacoeconomics 2003; 21 (5): 1–14.

e | etasjenover.no

C Ebixa "Lundbeck"

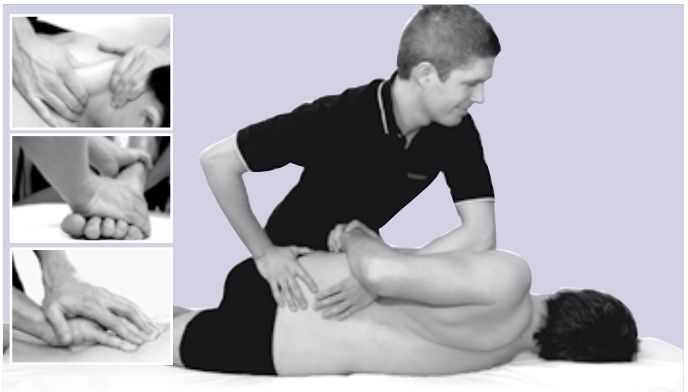
Middel mot demens. • ATC-nr.: N06D X01

DRÅPER, oppløsning *10 mg/g: 1 g (20 dråper) inneh.:* Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann.1 **TABLETTER,** filmdrasjerte *5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg: Hver tablett inneh.:* Memantinhydroklorid 5 mg, resp. 10 mg, 15 mg og 20 mg tilsv. memantin 4,15 mg, resp. 8,31 mg, 12,46 mg og 16,62 mg, hjelpestoffer. Tabletter 10 mg inneh. laktose 166 mg og har delestrek. **INDIKASJONER:** Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING:** Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandling skal bare igangsettes hvis omsorgsperson jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. *Voksne/eldre:* Tas 1 gang daglig uavhengig av måltider. Maks. dose er 20 mg (40 dråper) daglig. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg (10 dråper) pr. uke i de første 4 ukene opp til vedlikeholdsdose: Uke 1: 5 mg (10 dråper) daglig. Uke 2: 10 mg (20 dråper) daglig. Uke 3: 15 mg (30 dråper) daglig. Uke 4: 20 mg (40 dråper) daglig. Deretter fortsetter behandlingen med anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg (40 dråper) daglig. *Nedsatt nyrefunksjon:* Dosejustering er ikke nødvendig ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50-80 ml/minutt). Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30-49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg (20 dråper). Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg (40 dråper)/dag iht. vanlig opptitreringsplan. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 5-29 ml/minutt) bør dosen være 10 mg (20 dråper)/dag. *Nedsatt leverfunksjon:* Ved mild eller moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad A eller B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Memantin anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon pga. manglende data. **KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Forsiktighet utvises hos epileptikere som tidligere har hatt episoder med krampeanfall, eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller dekstrometorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåkning av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske kostholdsendringer, stort inntak av syrenøytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med Proteus) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Bør ikke brukes ved arvelig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Dråpene bør ikke brukes ved fruktoseintoleranse. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin ha lett til moderat påvirkning på reaksjonsevnen. Pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER:** Effekten av barbiturater og nevroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og dekstrometorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin innebærer en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydroklortiazid eller kombinasjonspreparater med hydroklortiazid er mulig. Enkelttilfeller av økt INR ved samtidig warfarinbehandling er sett. Nøye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMMING:** *Overgang i placenta:* Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør ikke brukes under graviditet hvis ikke helt nødvendig, og etter nøye vurdering av nytte/risiko. *Overgang i morsmelk:* Ukjent. Memamtin er lipofilt og utskillelse antas å forekomme. Amming frarådes under behandling. **BIVIRKNINGER:** Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Forstoppelse. Hjerte/kar: Hypertensjon. Luftveier: Dyspné. Nevrologiske: Svimmelhet. Psykiske: Somnolens. Øvrige: Hodepine. *Mindre hyppige:* Gastrointestinale: Oppkast. Hjerte/kar: Hjertesvikt, venetrombose/tromboembolisme. Infeksiøse: Soppinfeksjoner. Nevrologiske: Unormal gange. Psykiske: Hallusinasjoner (stort sett rapportert ved alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring. Øvrige: Tretthet. Krampeanfall er rapportert svært sjeldent. Enkelttilfeller av psykotiske reaksjoner og pankreatitt. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord. Dette er også rapportert under memantinbehandling. **OVERDOSERING/FORGIFTNING:** *Symptomer:* Hhv. 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med tretthet, svakhet og/eller diaré eller ingen symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, søvnighet, somnolens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller magetarmbesvær (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmaferese, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampetendens, somnolens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble restituert. *Behandling:* Symptomatisk. Se Giftinformasjonens anbefalinger N06D X01 side d. **EGENSKAPER:** *Klassifisering:* Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. *Virkningsmekanisme:* Ved nevrodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge nevrotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverrelse. Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til nevronal dysfunksjon. *Absorpsjon:* Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. Tmax: Etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakonsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. *Proteinbinding:* Ca. 45%. *Fordeling:* Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. *Halveringstid:* Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t½ på 60-100 timer. Total clearance (Cltot): 170 ml/minutt/1,73 m2. Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. *Metabolisme:* Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. Utskillelse: Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, mer enn 99% utskilles renalt. **OPPBEVARING OG HOLDBARHET:** Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER:** *Dråper:* 50 g (glassflaske) 826,30. *Tabletter:* Startpakn.: 7 stk. 5 mg + 7 stk. 10 mg + 7 stk. 15 mg + 7 stk. 20 mg (blister) 591,00. *10 mg:* 30 stk. (blister) 516,30. 50 stk. (blister) 823,80. 100 stk. (blister) 1612,70. *20mg:* 28 stk. (blister) 932,80. 98 stk. (blister) 3177,30. **PRISER SIST ENDRET:** 01.02.2010

H. Lundbeck A/S
Strandveien 15b
Postboks 361
1326 Lysaker
Tel.: 91 300 800
Fax: 67 53 77 07
www.lundbeck.no

Lundbeck

www.ebixa.com



Velkommen til Ryggklinikken!

- Vi er naprapater som behandler mennesker i alle aldre med både akutte og kroniske muskel- og skjelettplager.
- På Ryggklinikken er behandlingsmetodene triggerpunktsmassasje, muskeltøy, mobilisering og manipulasjon av ledd, treningsveiledning samt ergonomisk rådgivning.
- Ingen henvisning
  - kort ventetid - også akuttbesøk.

RYGGKLINIKKEN

www.ryggklinikken.no

Nattlandsveien 8	Ulriksdal 2	Strandgaten 20	Åsane
Tlf 55 20 26 20	**Tlf 55 20 26 21**	**Tlf 55 90 37 00**	**Tlf 55 24 35 00**

Erfaringsbasert master – ledelse i helsesektoren

Helseledelse – Kvalitetsforbedring – Helseøkonomi

Aktuelle deltidsstudier. Forskningsbasert kunnskap og refleksjon om helselederes utfordringer: Organisasjons- og personalledelse, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet samt økonomistyring.

Målgruppe: Ansatte i helsesektoren med utdanning på minimum bachelornivå samt to års relevant praksis.

Mer informasjon finner du på: **via.uib.no**

De tre emnene – som hver gir 20 studiepoeng – er frittstående og kan gjennomføres enkeltvis. Emnene inngår i en mastergrad der masteroppgaven på 30 studiepoeng kommer i tillegg (til sammen 90 studiepoeng).

UNIVERSITETET I BERGEN
Senter for etter- og videreutdanning (SEVU)
55 58 20 40 | post@sevu.uib.no

IMP kommunikasjon | Sviggum

Resepten på en vellykket konferanse:
Du skriver agendaen, vi tar oss av alt det andre.

+47 4000 3713
www.legeneshus.no

Legenes Hus
søtt + salt

Overlegenes tariffkonferanse 2010

Overlegeforeningen har i flere år hatt tradisjon for å avholde sin årlige tariffkonferanse tidlig i februar – så også i år. Styremedlemmer fra Ofs styre, foretakstillitsvalgte fra hele landet samt inviterte gjester møtes under trivelige omgivelser fra torsdag til lørdag. Noen momenter fra møtet kan ha generell interesse.

Viseadministrerende direktør i Spekter Anne-Karin Bratten og Legeforeningens president Torun Janbu innledet møtet. Bratten ble utfordret på manglende kompetansemidler i sykehusene, men kontret med at det var et satsningsområde for Spekter og tilbakemeldinger fra foretakene kunne ikke bekrefte Legeforeningens påstander. Hun ville likevel formidle til foretakene at lover og regler, for eksempel vedrørende overlegepermisjoner skulle følges.
Hun ble også konfrontert med spesialisthelsetjenestens § 3.10 som angir at " …..skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte kan utføre sitt arbeid forsvarlig." Det gjenstår å se om dette medfører en bedring i situasjonen, men jeg oppfordrer alle å melde tilbake til undertegnede dersom man nektes overlegepermisjon eller permisjon til relevante kurs samt dekning av kursavgift.
Bratten signaliserte sterk styringsvilje fra Spekters side og varslet at man ville utfordre dagarbeiderstatusen ved hovedforhandlingene til våren samt frivilligheten. Det er tydelig at man ønsker en sterkere styringsrett vedrørende bl.a. ambulering. Dette er et sentralt tema bl.a. i Helse Sørøst og spesielt knyttet til Osloprosessen. Tilbakemeldingen fra salen var ganske entydig. Man vil streike for fortsatt dagarbeiderstatus, og frivillighet må fortsatt være det bærende prinsipp vedrørende bl.a. ambulering og kveldspoliklinikk. Det var også betydelig irritasjon i salen over at man vil ha ytterligere styring over en legegruppe som yter en stor frivillig innsats i form av UTA for å få helsevesenet til å gå rundt.

Forhandlingsdirektør Anne Kjersti Befring gikk gjennom viktigheten av formuleringer i avtalene våre. Et viktig poeng er ufravikelighetsprinsippet som angir at lover/avtaler ikke kan avvikes til ugunst for arbeidstaker. Eksempler på dette er retten til overlegepermisjon, overtidsbestemmelsene i AML og retten (men ikke plikten) til å gå ut av vakt ved 58/60 år.

Mange overleger skriver ikke opp tilfeldig overtid, og det er et betydelig problem fordi man da ikke synliggjør behovet for legearbeidskraft. Randulf Søberg, FTV ved St. Olav, redegjorde for arbeidet med å registrere overtid for overlegene der, noe som viste seg svært vanskelig å få til. Imidlertid presiserte Arbeidstilsynet i brev til ledelsen ved St. Olav at sykehuset har en selvstendig plikt til å registrere og ha oversikt over hvor mye overtid legene til enhver tid har for å sikre at driften er forsvarlig.

Undertegnede hadde et innlegg om Arbeidstilsynets pålegg vedrørende ubalanse mellom oppgaver og ressurser i Helse Bergen. Svarprosenten og engasjementet (eller mangel på sådan) hos leger ble diskutert. Det gjenstår å se hva som kommer ut av pålegget, men en proaktiv og konstruktiv tilnærming fra vår side er nok avgjørende for resultatet. Dessverre har Spekter ved adm. dir. Lars Haukaas allerede "politisert" saken av frykt for å måtte ansette mer personell. Det er viktig at vi følger saken nøye, sikrer at stillinger besettes raskt og at alle har realistiske tjenesteplaner..

Jeg tok opp også et forslag til ny lønnsmodell for overlegene i Spekterområdet. Det er nok behov for en revitalisering og forenkling av overlegenes lønnssystem fremover, noe som også ble ønsket velkommen av Bratten. Vi må sikre at ingen kommer dårligere enn i dag, og grunnlønnen må vesentlig opp. Vi må fastholde prinsippet om fortsatt utarbeidelse av reelle tjenesteplaner som signeres av begge parter, men dagens ulike lønnselementer kan nok slås sammen i større grad. Det vil også være viktig med gode sikringsbestemmelser ved en evt. transformering av dagens lønnssystem til en ny modell slik at ingen går ned i lønn ved samme arbeidsmengde. Uansett er det ikke aktuelt å innføre dette i dette forhandlingsåret, men prosessen mot et evt. nytt system er i gang.

Høydepunktet under møtet var trolig cand. merc. Helle Heins foredrag "Primadonnaer, trenger vi dem?" Hun beskrev her ulike prototyper på fagfolk/leger man må forholde seg til i sykehus og hvordan man best kan lede disse. Hun fikk frem på en intelligent og god måte at ledelse av høykompetent personell krever en helt annen tilnærming enn det som er vanlig i tradisjonell industri. I sykehus må man lede gjennom tilrettelegging og gi fagfolk størst mulig frihet til å styre det faglige. Primadonnaer var ikke i denne sammenheng nødvendigvis noe negativt, men beskrivelse av leger med en svært høy faglig standard og høy yteevne i motsetning til prototypen "lønnsmottakeren" som var primært opptatt av å gjøre minst mulig til mest mulig lønn.
En tankevekkende og litt provoserende forelesning.

Kjell Vikenes vike@haukeland.no
Overlege dr. med. FTV OF/Helse Bergen

Arbeidsmedisinen får ny vind i seilene

Plikten om å ha bedriftshelsetjeneste ble sterk utvidet fra 1. januar, antallet arbeidstakere som omfattes av ordningen dobles.
Tjue ulike bransjer med til sammen 600.000 arbeidstakere har vært pålagt å ha bedrifts-helsetjeneste, BHT. Fra 1. januar får åtte nye bransjer krav om å knytte seg til ordningen.

KURS: AKTUELL ARBEIDSMEDISIN
Totalt 6 timer. Det er søkt om godkjenning for følgende spesialiteter: spes i arbeidsmedisin, spes i allmennmedisin og spes i samfunnsmedisin (en forutsetning for godkjenning er at en deltar på hele serien)
Kursarrangør: NAMF Hordaland.
Kursavgift: kr 1000.- (kr 250.- pr kursdag)
Påmelding til: gro.altenau@arsana.no innen 28.02.2010

Dag 1: Torsdag 25.03.10 kl 14.00-15.45
Tema: 1. Syn og sikkerhet hos sjøfolk. Endret kontrastsyn etter laserbehandling av nærsynte.
2. Øyeskader
Foreleser: Nils Bull, spesialist i øyesykdommer, Haukeland sykehus
Sted: Gogstadrommet, Kalfarveien 31, Institutt for samfunnsmedisinske fag

Dag 2: Onsdag 19.05.10 kl 14.00-15.45
Tema: Tiltak ved skiftarbeid (blant annet lysbehandling, behandling med melatonin)
Foreleser: Ståle Pallesen, Psykolog og professor ved det psykologiske fakultet ved Universitetet i Bergen.
Sted: Gogstadrommet, Kalfarveien 31, Institutt for samfunnsmedisinske fag

Dag 3: Torsdag 09.09.10 kl 14.00-15.45
Tema: samhandling bedriftshelsetjenesten og yrkes-medisinsk avdeling (blant annet den gode henvisning og den gode epikrisen)
Foreleser: Tor B. Aasen, Avdelingsdirektør Yrkesmedisinsk avdeling, Helse-Vest, Master of Health Administration og spesialist i indremedisin og lungesykdommer.
Knut Rasmus Kyvik, spesialist i arbeidsmedisin, Statoil
Sted: NB! Haukeland sykehus, Yrkesmedisinsk avdeling (ligger i 2. og 3. etasje i gamle Medisin B-bygget)

Dag 4: Onsdag 10.11.10 kl 14.00-15.45
Tema: Sykelønn - Helse- eller bjørnetjeneste? Foredrag og etterfølgende debatt
Foreleser: Eivind Meland, spesialist i allmennmedisin, allmennpraktiserende lege i Bergen og professor ved institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen.
Sted: Gogstadrommet, Kalfarveien 31, Institutt for samfunnsmedisinske fag

Dobles
Helsetjenester, pleie- og omsorgstjenester i institusjon og sosiale omsorgstjenester uten bo-tilbud, skal etter ny bransje-forskrift ha godkjent bedriftshelsetjeneste.
Det betyr at antallet arbeidstakere som omfattes av ordningen dobles.
Endringen innebærer at sykehus, fastlegekontor, tannleger - og bedriftshelsetjenestene selv, må ha en godkjent bedriftshelse-tjeneste. Haukeland sykehus kan for eksempel ikke lenger drive bedriftshelsetjeneste uten å knytte til seg lege med kompetanse innen arbeidsmedisin.

Må være godkjent
Lovendringen innebærer at bedriftene ikke lenger kan bruke hvilke som helst BHT, den må være godkjent. Målet er å sikre kvaliteten på bedriftshelsetjenestene, og svekke eller få bort "sjarlatanene" i bedriftshelsemarkedet.
For å bli godkjent, er det krav om minst tre faglige årsverk. Tjenesten må ha kompetanse på arbeidsmedisin/ arbeidshelse, yrkeshygiene, ergonomi og psykososialt/organisatorisk arbeids-miljø, hvert med minst 30 prosent av et årsverk.
En må også ha kompetanse på systematisk HMS- arbeid, og et kvalitetssystem som beskriver kompetanseutvikling og tjenester på HMS- området.
Et eget godkjenningsorgan i Arbeidstilsynet i Skien skal stå for selve godkjenningen.

Mer og bedre
De nye kravene innebærer at vi får mer og bedre bedrifts-helsetjeneste. Arbeidsmedisineren får styrket sin posisjon.
Det blir spennende å følge utviklingen fremover, og se om forskriftene får de tilsiktede virkningene.
Du finner mer på nettsiden til arbeidstilsynet:
http://www.arbeidstilsynet.no

Gro Altenau
Tillitsvalgt NAMF

For kaldt for en statssekretær

Det er vinter i Bergen og vi har fristende løyper og muligheter for mange vinteraktiviteter rett utenfor stuedøren. Kunne det bare vare!
Enda mer snø, og noen flere minusgrader var det på vårt nylig avholdte administrasjonskurs på Trysil.

Inne var det godt og varmt med godt fremmøte fra våre medlemmer. Tydeligvis ikke varmt nok for vår Helsemyndigheter? Vår statssekretær meldte også denne gangen avbud en uke før møtet. Samtidig ble det sagt at "ingen andre fra departement eller direktorat hadde heller anledning". Helseministeren ble først spurt for et halvt år siden og lovet å sende en statssekretær. Det samme skjedde i fjor, samme regjering, men som vi vet annen helseminister!

Hvorfor kan en jo spørre seg. Det er i alle fall tydelig at departementet ikke ønsker møte oss nå. Høringen vi venter på angående finansieringsordningen er utsatt flere ganger, og vi vet ingen ting mer enn for et år siden. Min personlige mening er at de ikke tør møte oss. Vi opplever stadig flere pålegg, og nye forskrifter hagler over oss. Vi er utvilsomt i fokus, og det er i alle fall bra! Vi gjør en stor mengde legearbeid, og det er ingen tvil om at myndighetene ønsker kontroll over hva vi gjør, og sikkert også på hva vi tjener. Styret i PSL har nettopp svart på en høring fra Oslo Universitetssykehus om utvikling av lokalsykehusfunksjonen. I vårt høringssvar må vi igjen påpeke den rolle PSL har i forhold til spesialistbehandling på et "lavere" nivå. Ankepunkt mot oss skal blant annet være at man vet lite om hva som er innholdet i det vi gjør. Dette medfører ikke riktighet; vi sender nå rapporter til NPR årlig fra de fleste praksiser. Dette skal ikke få stå uimotsagt!

Uansett,- myndighetene kan ikke unngå å se at vi behøves, så kanskje en grunn til å trå varsomt? Det blir i alle fall ikke noe DRG i inneværende år!
Ellers stod de ulike samarbeidsutvalgene (SU), og ev ulike vilkår i de forskjellige RHF på tapetet på Trysil. Undertegnede sitter i SU i Helse Vest, og jeg tør si vi har et godt samarbeid, og at vi er ønsket. Vi har så langt alltid kommet til enighet, og vi blir hørt! Det hjelper å snakke sammen, og det har utviklet seg en veldig god dialog siden den litt trege starten fra 2003 og til

Foto: Kathe Aase

2006. Vi har dialog også mellom de ulike RHF`er med gjensidige referater, og i neste uke skal styret ha et fellesmøte med alle SU representanter fra de ulike RHF er. Vi hadde et tilsvarende møte i fjor og høstet gode erfaringer fra det.
Sakene som ble tatt opp Trysil kan dere ellers finne på PSL sine hjemmesider.

Fortsatt god vinter til alle, denne gang fra min hytte i fjellheimen i Telemark.

Kathe Aase
Tillitsvalgt PSL
kathe.aase@gmail.com

Kombinerte stillingers demokratiske rettigheter innen Den norske legeforening

De kombinerte stillinger har ofte slitt med diverse problemer p.g.a. to arbeidsgivere. De med hovedstilling på universitet er vanligvis organisert i LVS. LVS er en liten yrkesforening og derfor ikke særlig sterk i fagpolitisk sammenheng. De med hovedstilling på universitetssykehusene er organisert i OF. Selv om de som gruppe også er fåtallig innad i OF så er de knyttet til en stor og innflytelsesrik yrkesforening.
Svakheten og sårbarheten til LVS kom tydelig frem ved et nylig valg på avdelingstillitsvalgt (ATV) avholdt ved en avdeling på et av våre universitetssykehus.

ATV for overlegene på denne avdelingen skulle i september 2009 ha innkalt til valg fordi valgperioden var utgått. Men dette var ikke blitt gjort, og først henimot jul begynte overlegene på avdelingen å "våkne opp" at det skulle jo avholdes valg. ATV på avdelingen ble skriftlig via E-post oppfordret til å avholde valg. Dette ble ikke fulgt opp av vedkommende, og en majoritet av overlegene likte dette svært dårlig. Det ble derfor samlet inn underskrifter som representerte et tydelig flertall med krav om valg, og dette ble personlig avlevert til ATV. Etter dette skjedde det ting. Det ble i førjulstiden innkalt til valgmøte og som vanlig møtte overlegene opp, hovedstillinger i OF som bistillinger tilknyttet LVS. ATV hadde grunn til å håpe eller frykte, alt etter som, at der ville komme motkandidat, organisert i OF, til vervet. ATV ledet møtet. Noe av det første som skjedde var at alle som ikke var medlemmer av Legeforeningen ble bedt om å forlate rommet. Korrekt nok, men hadde aldri skjedd tidligere på avdelingen. Deretter ble alle LVSere bedt om å forlate rommet. Blant de eldre tilstedeværende hadde ingen opplevd noe lignende ved tidligere valg på ATV. Ingen LVSere, og heller ikke alle overlegene i OF var forberedt på dette utspillet, og oppfordringen ble ikke etterkommet av LVSerne. En av bistillingene forlot dog rommet og tok kontakt med HTV for OF. For sistnevnte ble dette som hadde skjedd også en overraskelse og de to ble enige om at valgmøtet måtte avlyses. Her måtte det gjøres et stykke markarbeide for å bringe formalia på det rene.
I etterkant har denne saken versert i OF, LVS og i Legeforeningen sentralt. Paraplyens spalter strekker ikke til for å belyse alt det som har vært skrevet og sagt i etterkant, og det er heller ikke ønskelig eller nødvendig.
Det man til syvende og sist hadde å forholde seg til var Legeforeningens valgregler. Sett fra undertegnedes ståsted belyses ikke stemmeretten for tilfelle av felles ATV for to yrkesforeninger, OF og LVS, på en klar måte. Det eneste som er i nærheten av klargjøring finner vi i §1.6, 2. ledd som lyder: *"Bare yrkesforeningenes obligatoriske medlemmer har stemmerett ved valg av tillitsvalgte".*

I et brev av 20.01.2010 har to jurister i Legeforeningen slått fast at LVSere ikke kan stemme ved valg i OF. Sikkert riktig, og forståelig. Men hva med valg av felles ATV som skal representere både OF og LVS? Valgreglene gir som nevnt ingen instruerende avklaring på dette forholdet. Juristene tar i bruk ordet *"ivaretakelse av alle"*, men dette ordet er ikke nevnt i valgreglene.

For universitetene i Tromsø og Trondheim har OF, YLF og LVS sentralt gjennom en overenskomst fra 1998 samlet gått inn for at professor II-stillingene, bistillingene på universitetene, har stemmerett ved valg av Legeforeningens HTV på universitetene. De kan også velges til HTV. Det motsvarende for bistillinger som overleger i Spekter-området gjelder ifølge jurister i Dnlf ikke!
Man kan spørre seg om dette er rett og rettferdig, og et godt eksempel på demokrati og likebehandling innenfor samme moderforening? Saken har slik jeg ser det prinsipielle sider som kaller på en klargjøring.

Her vest har OF, LVS og YLF på foretaksnivå alltid hatt et mønstergyldig samarbeide, et samarbeide som jeg håper og tror at alle vil være opptatt av å verne om. Problemer er til for å løses.

Einar Svendsen einar.svendsen@gades.uib.no
Avdelingstillitsvalgt LVS Hordaland

Grunnutdanning - eit skjellsord hjå det medisinske fakultet?

Profesjonsstudiet i medisin er i mange miljø eit høgt akta studium. Eit studium som skal utdanne morgondagens legar. Det ein kan stille spørsmål ved, er om dette blir reflektera i studiet? Er morgondagens utfordringar innlemma i studiet? Kva med den nye teknologien? Er medisinutdanninga endra i forhold til kva utfordringar helsevesenet kjem til å stå ovanfor dei neste tiåra? Reflekterar utdanninga det Noregs befolkning krev av helsevesenet og oss som framtidige legar?

Mange medisinstudentar etterlyser endring i studieplanen. I dag ligg fokuset i utdanninga ved dei ulike universitetssjukehusa, morgondagens fokus ligg med alt sannsyn hjå allmennpraktikaren. Er det ikkje eit paradoks at alle medisinstudentar blir utdanna ved ein institusjon som i mange tilfelle tek for seg dei mest spesielle tilfella? Er det ikkje eit faremoment at mange medisinstudentar kan meir om porfyri enn diabetes 2? Bør det ikkje ringe i ei bjølle når ein har tilbringa 6 år ved eit sjukehus, men berre 4 veker og 1 dag hjå ein allmennpraktikar?

På konferansen til Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin(NSDM) var dette i fokus. Er utdanninga vår tilpassa morgondagens utfordringar? På denne konferansen var professor Roger Strasser frå Cananda invitera. I Canada har ein eit medisinsk fakultet som er annleis enn dei andre. Ved dette fakultet er fokuset lagt til allmennpraktikaren og lokalsamfunnet. Studentane skal sjå det vanlege, dei skal bli utdanna til det dei mest sannsynleg kjem til å arbeide med, allmennpraksis. "The curriculum walks in the door". Ein skal få sjå dei vanlege pneumoniane, dei forstua oklene og streptokokk- halsane. Mange av studentane ved 5. året i Noreg har ikkje sett dette. Er det slik me vil ha det?

Helsedirektoratet er også opptatt av helsesystemet i Noreg. Korleis kan ein få det betre? Korleis kan ein sikre god pasientsikkerleik og kvalitet i det ein tilbyr? Kvalitet for kvar krone. Fokuset ligg også her i den framtidige "eldrebølgja". Noreg kjem til å måtte utdanne fleire allmennlegar, men kvar skal desse kome frå? Skal ein tvangssende nyutdanna legar ut til distrikta? Tal frå Canada viser at heile 70% av studentane som gjekk på fakultetet vart allmennlegar. Er ikkje dette også noko Noreg må vurdere?

Sjølv om mange er samde i at grunnutdanninga må endrast, er dette noko dei medisinske fakulteta sjølv er svært usemde i. Mange fakultet seier seg godt nøgde med det studiet dei tilbyr. Ser ein på fakultet i Bergen, er det ikkje gjort altfor mange endringar dei siste 50 åra. Det er trist at økonomiske incentiv skal vere grunnlaget for korleis utdanninga vår skal vere. Det er trist at studentane ikkje blir høyrde midt i kampen om å få budsjettet til å gå opp. Det er trist at Noregs befolkning ikkje skal få den kvalifisera legen dei har rett på. Det er trist at Ola Nordmann på Båtsfjord Eldreheim ikkje skal få den legen han fortener.

Norsk Medisinstudentforeining skal i det komande året arbeide mykje med grunnutdanninga og me vil gjerne opne for samarbeid med fakultet og andre som vil vere med på å arbeide for at profesjonsstudiet i medisin skal endrast. Ei endring som vil gje utdanninga eit perspektiv som reflekterar dei utfordringar mange norske legar vil møte i framtida!

Bjørg Bakke bjorg.bakke@student.uib.no
Leiar MedHum og styremedlem i Nmf Bergen

Om kommunikasjon

Kjære kolleger!

Kommunikasjon er viktig. Jeg har et sterkt ønske om at vi i Allmennlegeforeningen skal ha en enkel, effektiv og rask kommunikasjonsvei oss imellom. Jeg vil at alle kommunetillitsvalgte allmennleger enkelt skal kunne nå meg med innspill, problemer og viktige opplysninger. Disse ønsker jeg da å ta videre inn til Allmennlegeforeningen sentralt, eller ta opp som saker til styret i Hordaland legeforening. Dersom da alle allmennleger har god kommunikasjon med sine kommunalt tillitsvalgte, har vi en rask og effektiv informasjonsflyt fra det enkelte medlem inn til Legeforeningens øverste organer.

Også motsatt vei er god kommunikasjon avgjørende for at foreningen skal fungere optimalt. Som Hordalands kontaktperson inn i Af Landsråd og Af sitt styre, kan jeg få informasjon av stor interesse for alle tillitsvalgte i fylket. Jeg vil da så raskt som mulig kunne formidle dette videre.

Og da er jeg kommet fram til hovedmeldingen med dagens tekst: Adresselisten.
Gjennom flere år som fylkestillitsvalgt har jeg forsøkt å oppnå en komplett liste over alle Allmennlegeforeningens kommunale tillitsvalgte. Denne listen følger med i dagens Paraplyen. Jeg vet at listen ikke er komplett, og sannsynligvis inneholder feil. Min bønn til alle leserne i dag er derfor: Sjekk listen og send meg en e-post (adressen står nedenfor) hvis dere har korreksjoner, så vil det rettes umiddelbart.

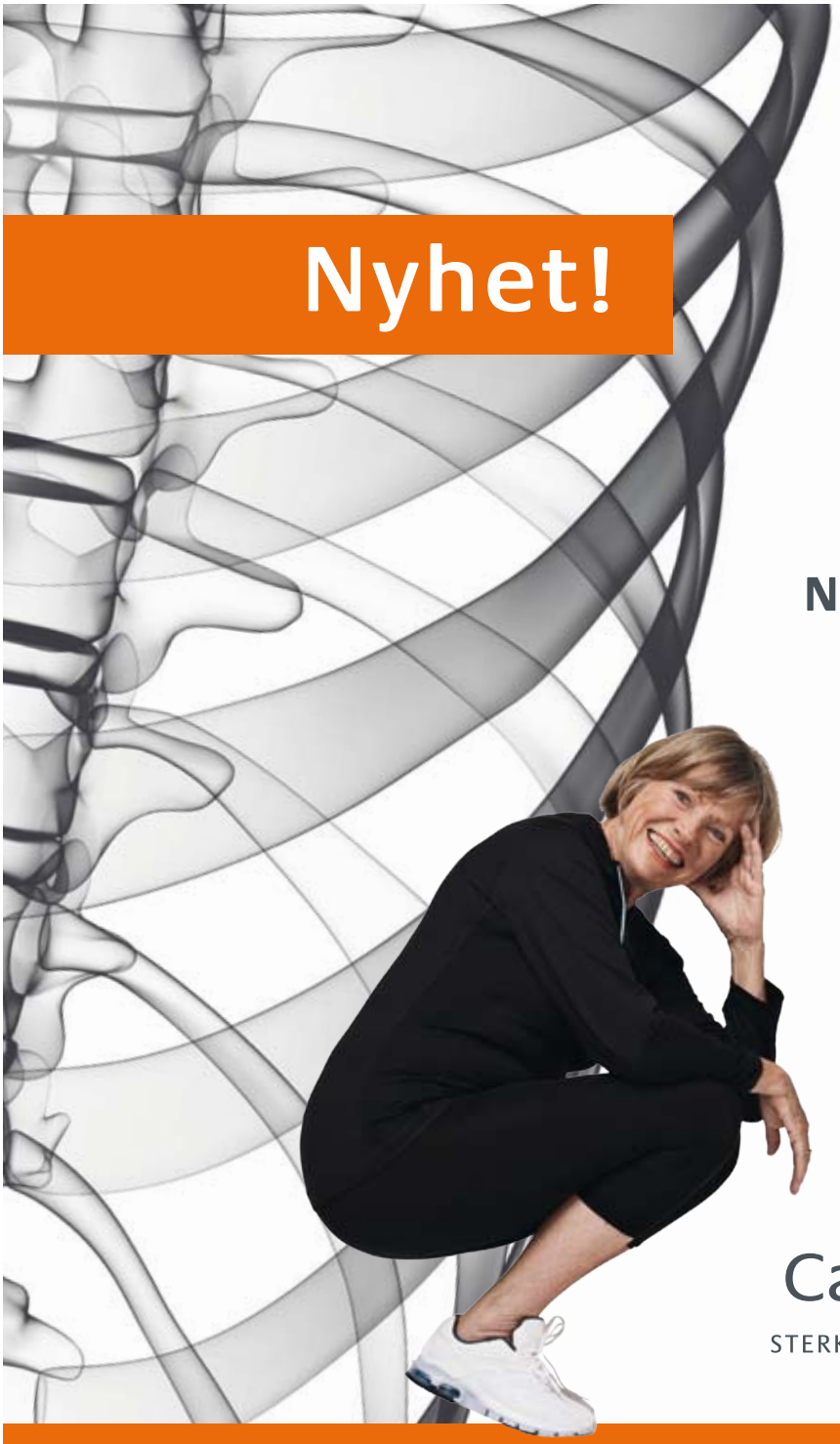
Takk for hjelpen!

KOMMUNETILLITSVALGTE HORDALAND 2009 - 2011

Alt nytt med STORE bokstaver ved Øivind Wesnes, Af Hordaland, pr januar 2010

KOMMUNE	NAVN	E-POST	TLF JOBB	TLF HJEM
ASKØY	Runar Mulelid	runar.mulelid@fromreidelegesenter.nhn.no		
ASKØY vara	Anja Heimen	anja.heimen@askoy.kommune.no		
AUSTEVOLL	Uglenes Inger Cecilia	inger@uglenes.no	55 08 16 04	97 98 75 00
AUSTEVOLL vara	Marianne Fauske, Reimers Arnestad			
Austrheim	Peter Kubon	peter.kubon@isf.uib.no	56 16 92 50	
BERGEN, htv	Hansen, Niels Saaby	fanabond@online.no	55 59 25 00	55 91 57 87
BERGEN, tv	Folkvord Bent	bfolkvor@online.no	55 11 70 50	55 91 71 72
BERGEN, tv	Rokstad, Kirsten	kirsten.rokstad@c2i.net		
BERGEN, tv	Wesnes, Øivind	owesnes@broadpark.no	55 55 93 30	55 91 10 19
BERGEN vara	Sverre Oma	sverre.oma@sandsli.nhn.no		
	Holmen, Sissel	sis-holm@online.no		
	Lundekvam,Birgitte	birgitte.lundekvam@odont.uib.no		
	Arne Nysæther	an-kmed@broadpark.no		
BØMLO	Torhild Taraldsøy	torhitar@start.no	Moster legektr	5440 Mosterhm
BØMLO	Livar Braut	Livar.braut@haugnett.no	Kystlegane AS	5430 Bremnes
Eidfjord	Lyngset Erling	elyngset@start.no	53 67 35 50	53 66 56 76
ETNE	Lisken, Hans	hans.lisken@etne.kommune.no	53 75 81 00	95 88 04 10
Etne vara	Gunleiksrud, Elisabeth	Elisabeth.gunleiksrud@etne.kommune.no		
Fedje	Horgen Ernst K.	erhorgen@online.no	56 16 40 31	56 16 42 80
Fitjar	Eikeland Tore		53 49 71 05	
FJELL	Voltersvik, Anne L	alvolter@broadpark.no		
FJELL, vara	Gunntveit, Stig			
Fusa ???				
Granvin	Hetland Gunnar		56 52 40 26	56 52 52 34
Jondal	(Ahmed Muhamed?)		53 67 53 80	
Kvam	(Skjelbred Dag?)		56 55 91 30	
Kvinnherad	Solheim Torbjørn	tsolheim@kvinnherad.kommune.no	53 48 32 00	53 48 13 35
Lindås	Mørch Steinar	steinar.morch@lindas.kommune.no	56 34 35 80	
Lindås vara	Martinussen, Trond			
Masfjorden	Sleira Rolf Magnus	r-magsl@online.no	56 16 63 00	57 78 32 85
MELAND	Iwen, Wolfgang	wolfgangiwen@yahoo.de		
MELAND, vara	Rud Erling	erling.rud@meland.kommune.no	56 17 41 41	
MODALEN	Gullbrå	frogull@online.no	56 59 52 77	90 95 98 08
Odda	Lien Arne	lien-a@online.no	53 65 17 00	53 64 54 08
OS	Gangstø Sveinung	sgangsto@online.no	56 57 01 20	56 30 75 95
OS vara	Tønnesen, Hege	hegetb@bluezone.no		
Osterøy	Amirtalingam K.		56 39 42 07	55 25 82 79
Radøy	Kvinge Ingmund	ingmund.kvinge@helse-bergen.no	56 34 90 90	56 16 98 70
Samnanger	(Dyrseth Iselin?)		56 58 91 00	
STORD	Gunhild Sundal g	unsun@broadpark.no		
STORD vara	Stian Lobben	stian@lobben.com		
Sund	TORSTER DUNJA	dunjat@hjemme.no	56 32 75 40	97 78 09 58
Sveio	Wirkola Trond V	t-wirk@frisurf.no	53 74 84 00	53 74 34 44
Tysnes ???				
Ullensvang	Kvammen Håkon	hkvamm@online.no	53 67 13 80	53 66 13 34
Ulvik	Flatabø Geir G	geirf@ulvik.org	56 52 65 05	56 52 63 14
VAKSDAL	Nerland, Eldfrid	eldfrid.nerland@vaksdal.kommune.no		
Voss	Tveit, Jarle Uttrågt. 39, 5700 Voss	(ikke e-post)	56 51 36 70	56 51 33 30
Øygarden	Sundal, Kim	kim.sundal@oygarden.kommune.no		

Øivind Wesnes owesnes@broadpark.no
Avdelingstillitsvalgt Allmennlegeforeningen Hordaland



Nyhet!

NYCOMED

Ny styrke!

Calcigran Forte

1000 mg kalsium
+ 800 IE vitamin D_3

Nå én tablett daglig!

Calcigran Forte®

STERK KOMBINASJON FOR STERKE BEIN

C **Calcigran Forte Nycomed Pharma** **ATC-nr.: A12A X-**

TYGGETABLETTER 500 mg/400 IE og 1000 mg/800 IE: Hver tyggetablett inneh.: Kalsiumkarbonat tilsv. kalsium 500 mg, resp. 1000 mg, kolekalsiferol (vitamin D3) 10 µg, tilsv. 400 IE, resp. 20 µg, tilsv. 800 IE, sorbitol 390 mg, resp. 780 mg, sakkarose 1,5 mg, resp. 3,3 mg, aspartam, isomalt, hydrogenert soyaolje, hjelpestoffer. Sukkerholdig. Sitronsmak.

Indikasjoner: Forebygging og behandling av vitamin D- og kalsiummangel hos eldre. Tilleggsbehandling ved osteoporose når det er risiko for vitamin D- og kalsiummangel.

Dosering: Tablettene kan tygges eller svelges hele. Kan også røres ut i vann. ***Voksne og eldre:*** 500 mg/400 IE: 1 tyggetablett 2 ganger daglig.
1000 mg/800 IE: 1 tyggetablett 1 gang daglig. Nedsatt nyrefunksjon: Preparatet bør ikke brukes hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon.

Kontraindikasjoner: Høyt kalsiuminnhold i blod eller urin, nyresten, D-hypervitaminose, overfølsomhet overfor soya, peanøtter, kalsium, vitamin D eller noen av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler: Ved langtidsbehandling bør kalsiumnivåene i serum følges og nyrefunksjon bør monitoreres med serumkreatininmålinger. Monitorering er særlig viktig hos eldre pasienter som samtidig behandles med hjerteglykosider eller diuretika og hos pasienter med tendens til stendannelse. Ved hyperkalsemi eller tegn på nedsatt nyrefunksjon bør dosen reduseres eller behandlingen opphøre. Vitamin D skal brukes med forsiktighet til pasienter med nedsatt nyrefunksjon og kalsium- og fosfatnivåer bør kontrolleres. Risiko for kalsifisering av bløtvev må vurderes. Hos pasienter med kraftig nedsatt nyrefunksjon metaboliseres ikke vitamin D i form av kolekalsiferol normalt og andre former for vitamin D bør brukes. Preparatet skal brukes med forsiktighet hos pasienter med sarkoidose pga. risiko for økt metabolisme av vitamin D til den aktive formen. Disse pasientene må kontrolleres jevnlig med hensyn på kalsiuminnholdet i serum og urin. Preparatet skal ikke brukes hos immobiliserte pasienter med osteoporose pga. økt fare for hyperkalsemi. Ved forskrivning av andre legemidler som inneholder vitamin D, skal det tas hensyn til D-vitamindosen. Administrering av ytterligere doser kalsium eller vitamin D skal følges grundig opp av lege. I slike tilfeller er det nødvendig å kontrollere kalsiumnivået i serum og kalsiumutskillelsen i urin ofte. Preparatet inneholder aspartam (en fenylalaninkilde). Kan være skadelig for personer med fenylketonuri. Preparatet inneholder sorbitol, isomalt og sakkarose. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med fruktoseintoleranse, glukose-galaktosemalabsorpsjon eller sukrase-isomaltasemangel bør ikke ta dette legemidlet. Preparatet anbefales ikke til barn.

Interaksjoner: Tiaziddiuretika reduserer renal ekskresjon av kalsium. Pga. risiko for hyperkalsemi, bør serumnivået av kalsium kontrolleres regelmessig ved samtidig bruk. Systemiske kortikosteroider reduserer kalsiumabsorpsjonen. Det kan være nødvendig å øke dosen av Calcigran Forte ved samtidig bruk. Samtidig behandling med ionebytterresiner, slik som kolestyramin, eller laksativa, f.eks. flytende parafin, kan redusere gastrointestinal absorpsjon av vitamin D. Kalsiumkarbonat kan påvirke absorpsjonen av samtidig administrerte tetracykliner. Tetracykliner skal derfor administreres minst 2 timer før eller 4-6 timer etter peroralt inntak av kalsium. Hyperkalsemi kan øke hjertets følsomhet for digitalis. Dersom bisfosfonater eller natriumfluorid administreres samtidig, bør disse preparatene tas minst 3 timer før inntak av Calcigran Forte pga. risiko for redusert absorpsjon. Oksalsyre (finnes i spinat og rabarbra) og fytinsyre (finnes i hele korn) kan danne uløselige forbindelser med kalsiumioner og dermed hemme kalsiumabsorpsjonen. Kalsiumpreparater og mat med høyt innhold av oksalsyre eller fytinsyre bør tas med 2 timers mellomrom.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Det daglige inntak av kalsium og vitamin D ved graviditet må ikke overstige 1500 mg kalsium og 600 IE vitamin D. Calcigran Forte 1000 mg/800 IE er derfor ikke egnet for bruk under graviditet. Calcigran Forte 500 mg/400 IE kan brukes under graviditet ved vitamin D- og kalsiummangel. Overgang i morsmelk: Preparatet kan brukes ved amming. Kalsium og vitamin D går over. Dette må det tas hensyn til dersom det gis tillegg av vitamin D til barnet.

Bivirkninger: Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Stoffskifte/ernæring: Hyperkalsemi og hyperkalsuri. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Gastrointestinale: Obstipasjon, oppblåsthet, kvalme, magesmerter og diaré. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Hud: Kløe, utslett og urticaria.

Overdosering/Forgiftning: Overdosering kan føre til hypervitaminose og hyperkalsemi. Symptomer: Anoreksi, tørste, kvalme, oppkast, forstoppelse, magesmerter, muskelsvekkelse, tretthet, mentale forstyrrelser, polydipsi, polyuri, smerter i benvev, nefrokalsinose, nyresten og i alvorlige tilfeller hjertearytmier. Ekstrem hyperkalsemi kan føre til koma og død. Vedvarende høye kalsiumnivåer kan føre til irreversibel nyreskade og kalsifisering av bløtvev. Behandling: Behandlingen med kalsium og vitamin D må opphøre. Behandling med tiaziddiuretika, litium, vitamin A, vitamin D og hjerteglykosider må også opphøre. Magetømming hos pasienter med nedsatt bevissthet. Rehydrering og, avhengig av alvorlighetsgrad, isolert eller kombinert behandling med loopdiuretika, bisfosfonater, kalsitonin og kortikosteroider. Elektrolytter, nyrefunksjon og diurese skal overvåkes. I alvorlige tilfeller bør EKG og CVP (sentralt venetrykk) overvåkes. Se Giftinformasjonens anbefalinger for kalsiumkarbonat A12A A04 og vitamin D3 A11C C.

Egenskaper: Klassifisering: Mineralpreparat med D-vitamin. Virkningsmekanisme: Kontinuerlig kalsiumtilførsel er nødvendig for nydannelse av ben og vil antagelig undertrykke produksjon av parathyreoideahormon og derved redusere bennedbrytning. Vitamin D er viktig for absorpsjonen av kalsium fra tynntarmen. Absorpsjon: Ca. 30% av tilført kalsium. Vitamin D3 absorberes raskt i tynntarmen. Fordeling: 99% av kalsiumet i kroppen er konsentrert i den harde strukturen i ben og tenner. 1% finnes i intra- og ekstracellulærvæskene. Ca. 50% av det totale kalsiuminnholdet i blodet er i fysiologisk aktiv ionisert form og ca. 10% er kompleksbundet til sitrat, fosfat eller andre anioner. De resterende 40% er proteinbundet, hovedsakelig til albumin. Kolekalsiferol og dets metabolitter sirkulerer i blodet, bundet til et spesifikt globulin. Lagres i muskel- og fettvev. Metabolisme: Kolekalsiferol omdannes i leveren ved hydroksylering til den aktive formen 25-hydroksykolekalsiferol. Videre skjer omdanning i nyrene til 1,25-dihydroksykalsiferol. 1,25-dihydroksykalsiferol er metabolitten som er ansvarlig for å øke kalsiumabsorpsjonen. Utskillelse: Kalsium utskilles via feces, urin og svette. Renal ekskresjon avhenger av glomerulær filtrasjon og tubulær reabsorpsjon av kalsium. Vitamin D utskilles i feces og urin.

Pakninger og priser:
500 mg/400 IE: 100 stk. (boks) kr 148,70.
1000 mg/800 IE: 60 stk. (boks) kr 172,90.

R091007-1

Nycomed ▪ Postboks 205 ▪ 1372 Asker ▪ Tlf. 800 800 30 ▪ Fax 66 76 36 36 ▪ www.nycomed.no

Giftsky til besvær

De siste ukene har Bergen kommune stått på hodet. Regnskyene mellom de syv fjell er byttet ut med en såkalt giftsky. Avvikling av parkeringsplasser, stenging av innfartsårer og innføring av sambruksfelt er noen av de omfattende tiltakene som er iverksatt. Kommunen har hjemlet tiltakene i kommunehelsetjenesteloven. Denne loven er samfunnsmedisinernes arbeidsredskap innen kommunalt helsevern. Men hvor ble det av de medisinsk-faglige vurderingene?

Var det egentlig så ille i vinter?
Hastevedtak innen miljøretta helsevern kan ifølge loven fattes av kommunelegen eller kommunestyret/bystyret. At Bergen kommune tar noen juridiske snarveier i sine vedtak om trafikkrestriksjoner får så være. For samfunnsmedisineren er det interessant å vurdere hvilke faglige begrunnelser som foreligger for å vedta så vidt omfattende begrensninger. Å stenge kommunikasjoner er et svært alvorlig tiltak som kan få uoverskuelige konsekvenser. Helsearbeidere, og andre i viktige samfunnsfunksjoner, hadde problemer med å komme seg til og fra arbeid. Pendlere mellom bydelene, eller til nabokommunene, fikk store problemer fordi ekstrabussene bare gikk inn til byen, ikke ut fra byen. De fleste eldre bergensere mener smogen var mye verre i tidligere tider. Fabrikker på bl.a. Minde og Laksevåg hadde tidligere, etter all sannsynlighet, store utslipp av bl.a. klimagasser. Men det fantes ikke målestasjoner som i dag. Og ikke fantes det tiltaksgrenser mot NOx-gasser. Da "faren" var som verst kunne verken leger, legevaktene eller Haukeland sykehus melde om noen som helst økning av pågang av folk med pustebesvær. Folk i sentrum klaget over sur lukt og ubehag. Kommunen satt i krisemøter, og fikk vide fullmakter fra Regjeringen. Alvorlige tiltak ble satt i verk fordi "normer" ble overskredet. Men har noen egentlig blitt syke?

Eremitter
En kollega fra fylket ble landskjent da han høsten -09 tok til orde for at folk burde droppe kinobesøket, og "leve som eremitter". Dette for å forhindre spredning av en alvorlig influensa som sto i fare for å koste mange liv. Han ble raskt uskadeliggjort fra faglig og politisk hold. Å holde seg hjemme var alt for drastiske tiltak; samfunnet ville jo stoppe helt opp! Kritikerne hadde unektelig et poeng. Uten å gå inn i en polemikk rundt informasjonsstrategien under svineinfluensaepidemien, er det likevel påfallende hvilke dramatiske restriksjoner som er innført for befolkningen i Bergen *uten at en eneste person er påviselig syk grunnet dårlig luftkvalitet.*

Politikk eller fag?
Det kan derfor bli interessant å se hvorvidt anvendelsen av kommunehelsetjenesteloven i Bergen åpner for en bredere anvendelse også i andre saker der normer overskrides. Leger er vant til å forholde seg til normer, og vurdere konsekvenser av avvik. Vi handler ikke slavisk ut fra et prøvesvar, men vurderer klinikk og relevans opp mot kostnader og risikoen ved tiltak. Dette kan gjelde alt fra referanseområdet til en blodprøve, til normer for støy fra vegtrafikk. Fagkompetanse er derfor en avgjørende forutsetning for å vurdere om drastiske tiltak virkelig er på sin plass. Vil det heretter bli lettere for en kommune eller kommuneoverlege å få gjennomslag for vedtak om tiltak innen for eksempel trafikksikring? Eller dreier tiltakene i Bergen seg mest om politikk, med helsehensyn som faglig alibi?

Landsrådsmøte i LSA i januar
Avslutningsvis vil jeg informere om at Landsrådet i LSA var samlet i Oslo 19. -20. januar 2010. Samlingen var i hovedsak lagt opp som et arbeidsmøte der både styret og lokallederne fikk ta opp saker som er viktig for LSA. Blant spørsmål som ble drøftet var Normaltariffen, og bl.a. styrking av forebyggende helsearbeid. Reforhandling av avtalene i kommunal sektor og i Staten står for døra, og prioritering og vekting av krav ble drøftet. LSA vil bl.a. fortsette arbeidet med å få etablert samfunnsmedisinsk beredskap i kommunene. Samhandlingsreformen stiller nye krav til bestillerkompetanse i kommunene, og nye roller er tiltenkt kommuneoverlegene. Da er det viktig at både avtaleverket, og antallet leger i kommunene, blir avstemt mot de nye oppgavene kommunene skal løse. I år blir derfor trekantsamarbeidet mellom DnIf, KS og Stat spesielt viktig!

Tord Moltumyr tordmolt@online.no

Tillitsvalgtkurs

Sykehusleger på kurs. Ylf-leder Hege og Bjørn Ove (nede til venstre) hadde ingen problemer med å få opp engasjementet hos de fremmøtte tillitsvalgte. Foto Eivind Solheim

Den viktigste bestanddelen av Legeforeningen er nok de mange plasstillitsvalgte rundt på alle ulike avdelinger og klinikker. Det er alle dem som holder kontakten mot både medlemmer og lokale arbeidsgivere og som sørger for at foreningen kan gjøre en best mulig jobb for medlemmene. Første uken i februar holdt Ylf og Hordaland Legeforening kurs for lokale sykehustillitsvalgte på Legenes Hus.

Litt over 30 tillitsvalgte fra både Haraldsplass og Helse Bergen var samlet til kurset, og både YLF og OF var godt representerte. Tradisjonen tro var det avgåtte foretakstillitsvalgte for Ylf som sto for kursledelse og arrangement. Tilbakemeldingene tyder klart på at Johan utførte denne oppgaven med glans. Leder i Ylf, Hege Gjessing og jurist Bjørn Ove Kvavik fra Legeforeningens sekretariat var med og underviste oss i avtaleverk, lover og regler. Engasjementet blant de tillitsvalgte var stort, og mange av de samme problemene går igjen på ulike avdelinger. Korte ansettelsesforhold (vikariater), overtid og problemer med ferieavvikling var noen blant mange viktige saker som var oppe.

Noe som slo meg under diskusjonene, var at det nok ikke bare er de tillitsvalgte som trenger å kurses. Mange ledere i foretakene har tydeligvis alt for dårlig innsikt i både Arbeidsmiljøloven, Likestillingsloven og avtaleverket for legene. Helse Bergen har for tiden gående et omfattende lederutviklingsprogram og vi må kunne forvente oss en høyere kompetanse omkring disse temaene hos lederne våre. Jeg føler meg trygg på at de tillitsvalgte (som nå selvfølgelig er godt kurset) kjenner til reguleringer av overtid og rettigheter ved graviditet og permisjoner, men dette må vi også kunne kreve av våre ledere!

På de fleste avdelinger er man nå i gang med planlegging av ferieavviklingen, og det er mange utfordringer i forhold til vaktplaner, stillingsutlysninger, arbeidskontrakter m.m. Min oppfordring til alle er å bruke deres plasstillitsvalgte aktivt i disse prosessene. De vet hvordan sakene kan tas videre opp i systemet, og bare slik kan vi gjøre en enda bedre jobb for alle medlemmene!

Eivind Solheim, eivn@helse-bergen.no
Foretakstillitsvalgt YLF, Helse Bergen

Ingenting gir høyere blodtrykk enn å måle om du har høyt blodtrykk.

Nyhet i Norge. Et produkt og en metode som sikrer korrekt måling av blodtrykk.

Det er en kjent sak at mange pasienters blodtrykk stiger bare ved tanken på legebesøk, undersøkelse, venteværelse og hvite frakker. I tillegg finnes mange feilkilder i forbindelse med måling av blodtrykk. (1) Feil på måleutstyret, mangelfull kalibrering, slitasje, feil deflasjons-hastighet, unøyaktige avlesninger, trykkmansjetter i feil størrelse og resultater basert på kun én måling, er noen. Og selv om det er bred enighet om at hypertension ikke kun kan defineres ut ifra tallverdier fra en blodtrykksmåling, så kan ukorrekte målinger gi pasienten unødige bekymringer og utførende lege feil beslutningsgrunnlag for diagnose.

Enimed kan nå tilby høykvalitets diagnostisk utstyr for nøyaktig (2) og effektiv måling av blodtrykk.

Ustyret er produsert av det kanadiske **Bp TRU Medical Devices Inc.** Selskapet har lang erfaring med å utvikle og produsere medisinsk utstyr som sikrer nøyaktighet og korrekte målinger, forbedrer pasien-tens trygghet og effektiviserer pasientbehandlingen.
Metode og utstyr tilbys nå for første gang i Norge.

Når gjennomsnittet er det som teller.
Bp TRU-apparatet er en automatisk, non-invasive blodtrykksmåler som er portabel og kompakt i størrelse.
Den unike metoden baseres på etablering av en adekvat gjennomsnitts-verdi for diastolisk og systolisk trykk, gjennom 6 målinger i sekvens, der første måling alltid strykes fra gjennomsnittsmålingen.

Med apparatet kan blodtrykket måles automatisk (3) og uten lege tilstede under målingen, slik at den såkalte "white coat" -effekten reduseres. (4) (5)
Apparatet kommer med 3 ulike mansjettstørrelser.
Alle data blir presentert direkte på en kompakt dataskjerm, og denne har USB-port for elektronisk overføring av data til pasientfiler.
Apparatet er tatt i bruk av norske medisinske poliklinikker, spesialist-praksiser og allmennleger.
Ta kontakt for referanser og informasjon om utstyret.

Apparatet kan bestilles kostnadsfritt for prøve i 14 dager.

Pris komplett: 8.500,- eks.mva

1) American Journal of Hypertension – Vol. 18, Issue 5. Suppl. 1- 2005 May, page A47
2) Blood Pressure Monit. 2004 Feb.; 9(1), p. 39-45 , p. 47-52
3) Blood Pressure Monit. 2005 Oct.; 10(5), p. 257-262
4) American Journal of Hypertension- 2003 June, p. 494-497
5) Journal of Clinical Hypertension (Greenwich) 2007 Apr. 9/4, p. 267-270.

enimed.no

Postadresse: Boks 62, 1488 Hakadal. Besøksadresse: Rauerskauveien 518, Nittedal. Telefon, (+47) 67 07 91 80, Fax: (+47) 67 07 91 81.
www.enimed.no

LEGE-FOR LEGE I SOGN OG FJORDANE

Kari Fagerheim,
Legekontoret,
6770 Nordfjordeid
Tlf. 57 86 30 20

Berit Kaarstad.
Jølster legekontor
6843 Skei i Jølster
Tlf. 57 72 62 50

Kollegaer på alle nivå er ved behov velkomne til å ta kontakt med ein av oss.

STØTTEKOLLEGER I SOGN OG FJORDANE LEGEFORENING

Øystein Melbø Christiansen,
Psykiatrisk Klinikk,
6800 Førde
Tlf.kontor: 57 83 91 75
Fax: 57 83 94 95
Mobil: 90 20 46 00

Geir Kittang,
Sunnfjord Medisinske Senter
Tlf.kontor: 57 75 80 00
Privat: 57 74 30 13.
Mob.: 915 90 913

Irene Mjøs,
Psykiatrisk klinikk,
Tlf.kontor: 57 83 94 70
Privat: 57 82 37 11

Einar Melvær Sandven,
Kommunelegekontoret,
6770 Eid
Tlf.kontor: 57 86 30 20
Privat: 57 86 08 94

Anita Pettersen,
Kommunelegekontoret,
5966 Eivindvik
Tlf.kontor. 57 78 10 90
Privat: 57 78 42 80

KOLLEGIAL STØTTEGRUPPE

Stein Nilsen
(avdelingskoordinator)
Fjellien 3, 5019 Bergen
Tlf privat: 55 96 44 15
tlf kontor: 56 15 74 00

Nina Helene Ingebrigtsen
Haakon Sæthres vei 16,
5232 PARADIS,
Tlf privat: 55 92 44 77
Årstadveien 27, 5009 BERGEN
Tlf. kontor: 55 29 25 86

Frøydis S. Nilsen
5650 TYSSE,
Tlf privat: 56 58 66 77
Øyrane legesenter,
5260 INDRE ARNA,
Tlf. kontor: 55 39 55 62

Johan Fredrik Krohn
Flossmyra 12, 5323 KLEPPESTØ,
Tlf privat: 56 14 13 55
Institutt for psykiatri og psykoterapi,
Starvhusgt. 2A, 5016 BERGEN,
Tlf. kontor: 55 31 65 90

Nils Magnus Ulvik
Moldbakken 13
5042 Bergen
Tlf privat: 55 93 36 39
Kir. avd., urologisk seksjon,
HAUKELAND SYKEHUS,
5021 Bergen
Tlf. : 55 97 50 99 eller
Tlf.: 55 97 29 07

Konstruktive fagpersoner søkes. BM: "Nytenkning en fordel."

Sogn og fjordane, trivselsfylket, topper statistikkene for forbruk av spesialisthelsetjenester. Innen enkelte fagområder har Helse Førde en overkapasitet, samtidig opplever pasientene på andre områder en klar underkapasitet. Dette er et resultat av organiseringen av helsetjenesten.

Alle helseregionene har satt i gang arbeidet med planlegging av helsetjenesten frem til 2020.

Helse Førde styret har startet opp sitt strategiarbeid. Befolkningen og de ansatte har på folkemøter vært invitert til å delta. Styret i Sogn og fjordane legeforening har hatt et eget arbeidsmøte om helsetjenesten i Sogn og fjordane.

Økonomi er fortsatt en stor utfordring, det vil komme endringer i tjenestetilbudet. Innholdet i sjukehusene vil bli forandret. Legeforeningen skal ha et sterkt fokus på å opprettholde den faglige kvaliteten. Våre medlemmer omtales som konstruktive og løsningsorienterte i de fleste sammenhenger. Arbeidsgiver gir uttrykk for at det å ha med legene i prosessene og prosjektene hever kvaliteten på sluttproduktet.

8.mars vil Helse Førde styret sende sin strategiplan ut på høring, lokalforeningen er en av høringsinstansene. Styret i SFLF har besluttet seg for å gjennomføre medlemsmøter i forbindelse med dette i løpet av mars måned. Det vil bli et møte i hhv Sogn, Nordfjord og Førde. Jeg vil oppfordre medlemmene til å delta på disse møtene. Bakgrunnsmaterialet og møtedatoene vil bli lagt ut på hjemmesidene våre: www.legeforeningen.no/sognogfjordane

Samhandling.
Strategiarbeidet og innføring av en samhandlingsreform vil medføre store endringer i hvordan vi som leger arbeider og samhandler. Oppbyggingen av helsetjenesten i kommunene, som samhandlingsreformen forutsetter, er spesiellt utfordrende i et fylke med mange små kommuner. Behovet for interkommunalt samarbeid vil tydeliggjøres i de kommende årene.

Behandlingslinjene som utformes innen utredning og behandling av ulike sykdommer må ta opp i seg hele forløpet fra 1. linja inn i spesialisthelsetjenesten og tilbake igjen. Praksiskonsulentene i Helse Førde vil være viktige i dette arbeidet. Legene i kommunene og sykehusspesialistene må komme sammen for å utarbeide behandlingslinjer som sørger for at pasienten opplever en helhet i helsetjenesten. Når er pasienten innskrivnings og utskrivningssklar, hvem følger pasienten videre.
3.(Førde)., 10.(Lærdal) og 17.(Nordfjord) mars arrangeres samhandlingsmøter i fagområdene fødselshjelp/ kvinnesykdommer og barnesykdommer. Håpet er at denne typen møter skal kunne bidra til å sørge for god fagkvalitet og en effektiv organisering av helsetjenesten.

Hjemmesidene vil i tiden fremover bli aktivt brukt i forhold til kursannonsering, årsmøteannonsering og distribusjon av viktig informasjon. Alle medlemmene oppfordres til å bidra med stoff til sidene.

Tom Guldhav guldhav@broadpark.no
Leiar Sogn og Fjordane legeforening

Styret HLF 01.09 2007 - 31.08 2009

Leder:	Gunnar Ramstad	gr@bakkehuset.no
Nestleder/ kasserer: (årsmøtevalgt)	Christian Busch	busch.christian@gmail.com
Referent/ sekretær (LF):	Øivind Wesnes	owesnes@broadpark.no
AF Vara:	Kirsten Rokstad	
OF:	Kjell Vikenes	vike@haukeland.no
OF Vara:	Lars Mehlum	
YLF:	Eivind Solheim	eivind.solheim@helse-bergen.no
YLF Vara:	Margrethe Songstad	
LVS:	Einar Svendsen	einar.svendsen@gades.uib.no
LVS Vara:	Eva Gerdts	
PSL:	Kathe Aase	kathe.aase@gmail.com
PSL Vara:	Harald Miljeteig	harmil@online.no
LSA:	Tord Moltumyr	tordmolt@online.no
LSA Vara:	Kristin Cotta Schønberg	
Namf:	Gro Altenau	gro.altenau@arsana.no
Namf Vara:	Hege Sofie Imsen	
Årsmøtevalgt/redaktør:	Espen Rostrup	eero@helse-bergen.no
NMF	Bjørg Bakke	bjorg.bakke@student.uib.no

Kollegial støttegruppe og Legetjeneste for leger se:

www.legeforeningen.no/hordaland

Sogn og Fjordane legeforening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Styret Sogn og Fjordane Legeforening

Årene 2009 - 2011

Tom Guldhav, leiar
guldhav@broadpark.no

Mariann Kapstad, styremedlem
mkapstad@online.no

Tor Christopher Fink, styremedlem
tor.christopher.fink@helse-forde.no

Erlend Mikael Haaland, varastyremedlem
erlend.mikael.haaland@helse-forde.no

Torgeir Finjord, Of
torgeir.finjord@helse-forde.no

Thomas Birkenes, Ylf
thomas.birkenes@helse-forde.no

AF – Linda Svori, AF
svoril@online.no

Leiv Erik Husabø, LSA
leiv.erik.husabo@leikanger.kommune.no

Alv Bjørnar Heggelund, NSAM
abh@hoyangerbht.no

Florentina Naboulsi, PSL
florentina@mailbox.as

Kjære kollega i vestlandsk allmennpraksis!

På annan stad i denne spalta står det at Seksjon for allmennmedisin ved Institutt for samfunnsmedisinske fag no blir historie. Dette er resultatet av ei svært vanskeleg sak for fagmiljøet, der vi meiner at viktige sider ved det akademiske allmennmedisinske universitetsmandatet går tapt i omorganiseringa. Betre blir det ikkje ved at økonomien ved instituttet er svært stram for tida og at den nye pengefordelingsmodellen i praksis medfører at allmennmedisinfaget i Bergen er fråtatt alle økonomiske ressursar.

Bakgrunnen er ein modell for forskingsorganisering som mange institutt ved universitetet har tatt i bruk. Forskargrupper med smal og spissa profil skal få konsentrere seg om forsking og skal ha større sjansar for å nå gjennom med søknader om større prosjekt og forskingsmidlar. Undervisninga skal organiserast på tvers av forskargrupper i "faggrupper".

Ulempa med dette er at det ikkje er "plass" til det vi kallar allmennmedisinfaget som sådan; fagutviklinga, teoridanninga, formidlinga og ei akademisk adresse for den største medisinske spesialiteten. Utgangen på historia er ikkje skriven enno, men eg kan love at det akademiske allmennmedisinmiljøet i Bergen skal vise att på mange arenaer, som før. We are dead, but we won't lay down!

Steinar Hunskår steinar.hunskar@isf.uib.no

Fotokonkurranse om legevakt

Ta bilder relatert til legevaktarbeid og bli med i fotokonkurranse! Stikkord for motiv kan være lege/pleier/pasient-relasjon, legevaktlokalet, kliniske motiv, sykebesøk, skadested med mer. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin ønsker bilder som kan vise mangfoldet i norsk legevaktarbeid. Bildene med fotografens navn vil kunne bli brukt i forbindelse med presentasjon av fotokonkurransen, på internettsider og i foredrag/publikasjoner. Konkurransen er åpen for alle og har følgende regler: 1. Motivet skal være fra legevaktarbeid i Norge. 2. Fotografen kan knytte tekst til bildet. 3. Deltakerne kan sende inn flere bilder. 4. Fotografen må få tillatelse fra den som blir fotografert til å publisere bildet. 5. Manipulerte bilder er ikke tillatt. Tekniske forbedringer som beskjæring, justering av lys, kontrast, farge, oppletting og nedtoning blir godtatt.

Bildene blir vurdert av en jury på tre personer. Vinnerbildet blir presentert på internettsidene til Nklm. Premier til de beste bilkdene! Send bildet digitalt til legevaktmedisin@uni.no Frist for innsending av bilder er 1. juni 2010.

Seksjon for allmennmedisin blir historie!

Institutt for samfunnsmedisinske fag vedtok for to år siden å omorganisere seg fra fagseksjoner til forskergrupper og faggrupper. Seksjon for allmennmedisin ønsker likevel å fortsette sin virksomhet i størst mulig grad som et samlet fagmiljø. De fleste av Seksjonens forskere vil derfor fortsette sin forskning i regi av Forskergruppe for allmennmedisin, mens undervisning og andre faglige aktiviteter samles i Faggruppe for allmennmedisin. Faggruppen skal ivareta akademisk virksomhet som legeutdanning, formidling, debatt og allmennmedisin som fagområde.

Legevakt som del av Samhandlings-reformen

Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid (St.meld.nr.47) behandles for tiden i Stortinget og det er knyttet stor spenning til utfallet både når det gjelder fastlegeordningen og organisering av legevakt. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) holdt innlegg om legevaktens rolle og betydning for samhandlings-reformen under en åpen høring i Stortingets helse- og omsorgskomité i slutten av januar.

Det ble gitt en presentasjon om situasjonen for legevakt slik den er i dag og visjonen for fremtidens legevakt slik den er presentert gjennom Nklms forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Det hele ble knyttet opp mot Samhandlingsreformen.

Helse- og omsorgskomiteen utrykte spontant at presentasjonen var svært lærerik, informativ og til ettertanke. Det ble stilt flere aktuelle spørsmål i etterkant av presentasjonen.

Kurs: Influensa i allmennpraksis

Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen og Norsk forening for allmennmedisin inviterer til kurs om influensa i allmennpraksis 15.-16. mars 2010. Kurset er godkjent som klinisk emnekurs 15 timer i fagområdene infeksjonsmedisin og samfunnsmedisin i videre- og etterutdanning i allmennmedisin. Målsettingen er å øke kunnskap om klinikk og behandling av influensa, samt presentere og skape forståelse for evidensgrunnlaget som foreligger. Kurset skal også skape arena for debatt om kunnskap, organisering av legetjenesten og gjennomføring av handlingsplaner. Kursavgift: 2000 kr for begge dager. Dagpakker på 695 kr per dag kommer i tillegg. Påmelding innen 12.februar 2010, men kan skje fortløpende inntil kursstart hvis ledige plasser. Sted: Legenes Hus, Kalfarveien 37, Bergen. Påmelding skjer best elektronisk ved bruk av nettsidene til Norsk forening for allmennmedisin.

Pris til Geir Thue

NOKLUS' hederspris er tildelt allmennpraktiker og professor Geir Thue (f. 1953). Prisen deles hvert år ut til en som har utmerket seg ved et betydelig bidrag til NOKLUS' arbeid. Thue har vært med i organisasjonen siden starten i 1992 og har spesielt arbeidet med den kliniske bruken av laboratoriet. Dette dreier seg blant annet om utsendelser av kasuistikker til landets leger der laboratorieprøver er av vesentlig betydning for beslutningstakingen samt utviklingen av NOKLUS' praksisprofil og Norsk diabetesregister for voksne.

Geir Thue er fastlege i Bergen og professor i allmennmedisin ved Institutt for samfunnsmedisinske fag.

Returadresse:
Cox Bergen AS
C. Sundtsgt. 51, 5004 Bergen

VED JERNMANGEL OG JERNMANGELANEMI

Å finne et jernpreparat som tåles bra er ikke lenger et spørsmål om flaks…

NIFEREX®

Niferex «Schwarz Pharma»
Jernpreparat. ATC-nr.: B03A A03

KAPSLER, harde 100 mg:
Hver enterokapsel inneh.: Ferroglysinsulfatkomplekspentahydrat tilsv. Fe^{2+} 100 mg, askorbinsyre, hjelpestoffer. Fargestoff:(gult, rødt og sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171)
Indikasjoner: Jernmangel.
Dosering: *Voksne og barn over 6 år:* 1 enterokapsel daglig. Ved mer utpreget jernmangelanemi kan voksne og ungdom over 15 år eller som veier minst 50 kg øke dosen til 1 kapsel 2-3 ganger daglig i innledende fase. Maks daglig dose 5 mg/kg kroppsvekt. **Enterokapslene må svelges hele uten å tygges sammen med 1/2 glass vann.** Enterokapslene inneholder granulat som kan tømmes ut og svelges med rikelig vann. Niferex bør ikke tas samtidig med mat. Behandlingen bør fortsette til normale hemoglobinverdier er oppnådd. Behandlingen kan fortsette så lenge det er nødvendig for å fylle opp jernreservene i kroppen. Barn under 6 år bør ikke bruke preparatet uten anvisning fra lege.
Kontraindikasjoner: Øsofagusstriktur. Overfølsomhet for innholdsstoffene. Haemochromatose og andre tilstander med jernoverskudd.
Forsiktighetsregler: Jernpreparater kan forårsake forgiftninger, spesielt hos barn. Spesiell forsiktighet må utvises hvis annet kosthold og/eller jernsalttilskudd brukes. Spesiell forsiktighet må også utvises ved bruk av Niferex hos pasienter med hemolytisk anemi, hemoglobinopati, myelodysplasi og ved tilstander med forstyrrelse i opptak eller lagring av jern.
Interaksjoner: (I: B03A A jern II-verdig, orale preparater)
Graviditet/Amming: Ingen kjente risikoer.
Bivirkninger: Gastrointestinale bivirkninger som diaré, forstoppelse, plager i øvre delen av maven, halsbrann og brekninger kan forekomme. Frekvensen øker med økende dose. Til de sjeldne bivirkningene hører eksantem. Avføringen kan få en mørk farge.
Overdosering/Forgiftning: (F:37 d jerntabletter).
Egenskaper: *Klassifisering:* Toverdig jernpreparat. *Absorpsjon:* Enterokapslene inneholder granulatkorn som er uløselige i mavesaft. Selve enterokapselen løses opp i maven. Granulatkornene holder seg intakte til de slippes ut i duodenum. Der frigjøres den aktive ingrediensen jernglysinsulfat raskt. Hos pasienter med tømte jernlagre er den relative biologiske tilgjengeligheten 95 % av en vannbasert jernsulfatløsning som referanse.
Pakning: 50 stk.

Representant i Norge: Jan F Andersen A/S
Postboks 1132 Flattum, 3503 HØNEFOSS
Tlf.: 61 31 49 49, Faks: 61 31 49 50

JFA JAN F. ANDERSEN A/S
LEGEMIDLER - INSTRUMENTER