

LEGEKUNSTEN



NR 4 • 2012 • 22. Årgang

FOKUS:

ØYEFAGET:

Mot nye høyder?

KONUS-rapporten - vanskelig å ignorere

Hva kan du om PCA?

Skal sykepleiere injisere?

8 leger ødelegger

Hjemler - hvem bestemmer?

GLIMT FRA PRAKSIS:

19 år og hjerneslag
Øyesykdommer - Farmakogenetikk påvirker behandlingen

KROPP OG SJEL

Lutfisk - sex og fallerte ledere

HELSE REVSOLUSJONEN OG VALGET 2013

For halvannet år siden var det ikke gitt at helse kan komme til å bli det mest sentrale temaet foran stortingsvalget 2013. Riktignok var det mye misnøye blant helsepersonell. Noe av det nådde pressen, men ble kjapt parert av Strøm-Erichsen. Helseministeren, departementsråd Anne Kari Lande Hasle og sjefen for Helse Sør-Øst, Bente Mikkelsen, styrte Helse-Norge med fast hånd.

Det som har skjedd siden kan ikke beskrives som annet enn en helserevolusjon. Det er ikke godt å si hva som tente gnisten, men i ettertidens klare lys, vil jeg sette en knapp på fylkesmannsrapporten fra 2012 som konkluderte med flere unaturlige dødsfall på Ahus. Det ble snart ganske tydelig at mange av disse kunne knyttes til dårlig organisering og underbemanning. Bekymringen for dårlig økonomisk planlegging og organisering hadde også vært blant temaene da Siri Hatlen trakk seg i protest fra sjefsjobben på OUS etter å ha forsøkt å slå sammen de store sykehusene i Oslo-regionen og samtidig holde driften på et forsvarlig nivå. Mangt et helsevesen hadde kunnet leve med slike hendelser og med forsikringer om at bemanningen var styrket og ville bli ytterligere forbedret. Men slik gikk det ikke. I stedet fikk vi et tilfelle av det som ofte skjer når tillitskriser ikke blir tydelig og myndig nok håndtert – "the shit hits the fan". Da Frode Onarheim, nestleder i styret på Ahus, og en av de mest respekterte næringslivslederne i landet, gikk av i protest, begynte snøballen å rulle for alvor. Mannen har ikke akkurat bakgrunn som rabulist, men nå hadde han fått nok.

På dette tidspunkt begynte opposisjonen på Stortinget for alvor å lukte blod. Bent Høie fremstår som en stadig mer velorientert skyggeminister. Hans positive holdning til avtalespesialistene har for øvrig heller ikke gjort ham mindre populær blant PSlerne.

Kanskje kunne noe ha vært reddet for regjeringen dersom Bente Mikkelsen hadde trukket seg på et tidligere tidspunkt. I stedet ballet det på seg med den ene skandalen etter den andre. Misnøyen i legehierarkiet, en yrkesgruppe som vanligvis har vært tjent med å utøve sin makt i det stille, ble stadig mer synlig i det offentlige.

Vi vet alle hva som har skjedd etter dette: Nye rapporter om dødsfall, synlig kompetansestrid legene i mellom (som åpenbart skyldtes dårlig ledelse), statsrådsskifte, Bente Mikkelsens avgang og utskifting av sentrale styremedlemmer. I det siste har Bjørn Inge Larsens, landets desidert mektigste helseekspert, overtatt for Lande Hasle i stillingen som departementsråd i HOD. Klassisk byråkratmakt er skiftet ut med en superkompetent fagperson med politisk teft og sterkt nettverk i alle kroker av helsevesenet. Ikke uventet har Dagens Medisin i år, som to ganger før, kåret ham til Helse-Norges mektigste mann, mer innflytelsesrik enn selveste regjeringsyndlingen, Jonas Gahr Støre.

Fra min presseplass har jeg fulgt norske helseministre i mer enn tyve år. Tre av dem har pekt seg ut som dyktige administratorer i kombinasjon med politisk teft - Hernes, Tønne og Høybråten. Det gjenstår å se om Støre kommer til å føye seg inn i denne rekken. Da Hernes tiltrådte i 1995 ba han om fred fra pressen i 100 dager mens han gjorde seg kjent med bransjen. Noe slikt kunne Støre hatt nytte av. Da hadde han kanskje sluppet unna noen av de første "gladtallstabbene" som han har presentert med stor iver, for så å bli jekket ned av dem som sitter på andre statistikker. Til tross for sin erfaring med helse, har han til nå ikke

fremstått som annet enn en velmenende, men akk så avmektig helseminister og har ikke tid til noen time-out. Støre vet at ikke bare hans egen fremtid som politiker, men hele regjeringen står på spill dersom han ikke leverer – og det fort. Dette vet også Bjørn Inge Larsen. Jeg tror ikke det er noe dårlig tips å antyde at når vi runder nyttår vil planene være blitt lagt for en mye tydeligere og offensiv helsepolitikk. Så fort kan det komme til å skje at jeg finner det nødvendig å poengtere at denne lederartikkelen er avsluttet 3. desember.



Lottelise Folge
Ansvarlig redaktør

Det handler om takster og solidaritet

8 øyeleger ødelegger for hele standen

Noen få øyeleger bruker OCT-taksten langt oftere enn det er behov for. Det viser oversikter fra HELFO.

TEKST OG FOTO: LOTTELISE FOLGE

-Vi har fått dette fantastiske nye apparatet som åpner en helt ny faglig verden for oss, sier øyelege og konsulent for øyelegefaget hos

HELFO Truls Disen. Men han er opprørt over at noen få leger oppfører seg som om dette også har åpnet en helt ny økonomisk verden for dem.

STORT FREMSKRITT

OCT-apparatet (Optical Coherence Tomography) gir blant annet muligheten for å se dybden i netthinnen tredimensjonalt og er et stort diagnostisk fremskritt, sier Disen. Samtidig viser det seg at indikasjonene for bruk av apparatet etter hvert har blitt videre og videre. Det begynte med diagnostikk av sykdommer i sentrale netthinnen som aldersrelatert maculadegenerasjon (AMD), diabetisk maculopati og etter hvert har man også tatt apparatet i bruk som et supplement ved diagnostisering av grønn stær (glaukom),

forklarer øyespesialisten. Her mener han at det også finnes andre parametre fra før som er gode nok. Når det gjelder diagnostisering av glaukom er det i dag 6 øyeavdelinger som bruker OCT ved diagnostisering av sykdommen. Ved resten av landets øyeavdelinger brukes apparatet kun som et diagnostisk supplement.

STATISTIKKEN LYVER IKKE

En oversikt fra HELFO viser at det brukes flere parametre samtidig, rent rutinemessig, uten at det er diagnostisk grunnlag for det.

Truls Disen sier han har full forståelse for at kolleger bruker flere metoder ved første og kanskje andre gangs konsultasjon for å være sikker på diagnosen. – Men ikke gang,

TRULS DIESEN

Truls Diesen er daglig leder ved Bergen Øyelegesenter

- Konsulent for øyefaget i HELFO
- Har sittet i tariffutvalget i Legeforeningen i 17 år
- Var med på aksjon riktig takstbruk på 90-tallet
- Vært takstsakkyndig i tidligere RTV.
- Sittet som Legeforeningens representant i praksisutvalget som vurderte hvorvidt legene hadde misbrukt eller overforbrukt takster



- Hadde man kunnet sette et taksttak på de legene dette gjelder, hadde det vært greit, sier Truls Disen.

på gang – på gang, som vi ser det bli gjort i denne lille gruppen spesialister. De fortsetter å kontrollere kronikere som om det skulle være en slags screening. Spørsmålet blir hvor mange parametre legen skal bruke ved hver kontroll av en kroniker, slår han fast.

LANGT OVER GJENNOMSNITTET

Taksten (OCT) brukes på landsbasis i et snitt på oppunder 22 %, men enkelte spesialister er oppe i et snitt på 75 %.

Kan det være fordi de har spesielt syke pasienter? Det er svaret vi får, sier Disen, men i rapportene ser vi at dette ikke stemmer. De har akkurat de samme pasientene med de samme lidelsene som sine kolleger. Det som er påfallende er at når vi ser på rapporten så er det altså 8 leger som står for mesteparten av overforbruket på OCT – taksten og nå snakker jeg om dem som har og kan bruke apparatet (154 øyeleger). De omtalte 8 legene har over 4000 konsultasjoner per år og tar ut nesten 25 % av det totale takstvolumet.

ET RESULTAT AV FORHANDLINGER

- Vi får utdelt en viss pott med penger og denne potten overskrides nesten hver gang. Dette kan forklares med økt antall eldre pasienter med

» De har akkurat de samme pasientene med de samme lidelsene som sine kolleger.

behov for hjelp og bedre diagnostisk apparatur. Vi kan dermed dokumentere at vi kan gi pasientene et bedre tilbud, og får aksept for en viss glidning i forhandlingene, men det går en grense, sier Disen. Det er under forhandlinger med departementet om normaltariffen at disse problemene avdekkes. Resultatet blir at departementet svarer med å redusere takstenes verdi.

Differansen mellom det vi får godkjent og den for lange glidningen går utover de andre takstene og det er dette disse legene ikke skjønner. I forhandlingene de siste årene har øyelegetakstene nærmest stått stille ene og alene på grunn av dette.

TAKSTER- EN FORM FOR LØNN

Takster er ikke bare for å stimulere diagnostikk, men også en del av lønssystemet for avtalespesialistene. Når vi forhandler om takster, forhandler vi også om lønn og derfor er det ikke alltid samsvar mellom prisen på en takst og det man mener man burde få for en spesiell undersøkelse. Men dette går begge veier, forklarer Truls Disen. Et år kan vi få en viss lønnsglidning hvis vi får en takst som benyttes litt mer – da kan det skje at vi må stå til rette for dette neste år. – Hadde man kunnet sette et taksttak på de 8 legene dette gjelder, hadde det vært greit, sier Disen. Hadde det vært mulig, hadde vi hatt mye mer å rutte med i forhandlingene, men sånn fungerer det ikke. Denne gruppen ødelegger for kollegene.

STADIG NYE HJELPEMIDLER

Det kommer stadig ny teknologi innen øyefaget og apparater som etter hvert kan gjøre flere tester i samme seanse. Dette vil kreve omlegging av takstene, mener Disen, slik at visse kombinasjoner ikke vil bli tillatt og minner om at dette skjedde med laborietakstene for mange år siden.

ABONNÈR PÅ LEGEKUNSTEN PSL`S EGET TIDSSKRIFT

- et organ for praktiserende
spesialister - med fokus på
deg og din profesjon



Foto: colourbox.com

Kontakt Lottelise Folge
Mobil: 91303517
E-post: lottelisefolge@gmail.com eller
abonnement@legekunsten.no

LIS - Et spørsmål om fordeling av penger

– Forslaget fra Helsedirektoratet er til vurdering i departementet. Dette er en sak som involverer mange aktører og har mange finansielle utfordringer.

TEKST: LOTTELISE FOLGE

Dette er det korte svaret departementet gir, etter å ha vurdert seks spørsmål fra Legekunsten rundt problemstillingen LIS-kandidater i avtalepraksis. I fjor overleverte Helsedirektoratet en plan, på oppdrag fra HOD for hvordan avtalespesialistene kan inngå i utdanningen av spesialister. Nå venter man altså på svar fra HOD.

Departementet strekker seg til å utdype svaret til Legekunsten med følgende: *Saker som involverer flere aktører, finansieringsmessige problemstillinger i tillegg til ulike avtale- og regelverk, tar vanligvis tid å arbeide med*, sitat slutt. Saken ble oversendt departementet (HOD) i november 2011. Departementet ønsker ikke å svare på hva slags tidsperspektiver de har i behandlingen av forslaget fra HD.

– Utfordringen, sier Vigen ligger i hvordan honoraret skal fordeles mellom kandidaten, spesialistpraksisen og poliklinikken på sykehuset. Avtalepraksis er en effektiv tjeneste og LIS-kandidaten vil etter all sannsynlighet tjene inn mer enn sitt eget lønnsnivå, og også mer enn det sykehuset har i inntekt på legens tid i poliklinikken ved sykehuset, på grunn av større pasientvolum. Det bør være mer enn nok til at dette går opp, forutsatt at LIS-kandidaten er ansatt på sykehuset, mener Terje Vigen.



TERJE VIGEN. Foto: Legeforeningen

HVEM SKAL HA HVA

- En av utfordringene i en ordningen er hvem som skal ha det økonomiske ansvaret for LIS-kandidaten når vedkommende er i tjeneste utenfor sykehuset, sier spesialrådgiver i Helsedirektoratet Terje Vigen. De avventer nå svar fra departementet om hvilke rammer som skal ligge til grunn for avtaleforholdet og de økonomiske spørsmålene i LIS-ordningen.

EN VINN-VINN SITUASJON

– I forslaget fra Helsedirektoratet er det lagt opp til at den som er i utdanningsstillingen kan bruke spesialisttakstene for sin virksomhet i avtalepraksisen. Dette vil da komme som inntekt til sykehuset der legen er ansatt.

TREG MATERIE

Saken om LIS-ordningen i avtalepraksis har versert i systemet i mange år. Rekken av uttalelser som..”neste år håper vi på å komme i gang” begynner å bli latterlig lang.

Det er enighet om at LIS-ordningen skal opprettes ikke minst fordi store grupper av pasienter har sykdommer som nesten utelukkende behandles i avtalepraksis. Det har vært hevdet at det er helseforetakene som er proppen i systemet fordi den generelle holdningen til avtalespesialister er svært variabel.

Sykehuset i Vestfold en torn i øyet?

Sykepleiere sentrale i behandlingen med intravitreale injeksjoner

Det var ingen umiddelbar begeistring i starten, men nå opplever jeg at legene er positive til at sykepleierne skal inn og avlaste dem. Det sier seksjonsleder Elisabeth Fagelund Gjersøe.

TEKST OG FOTO: LOTTELISE FOLGE

Første desember startet Tønsberg sykehus med en ny prosedyre der sykepleierne på øyeseksjonen utfører intravitreal injeksjonsbehandling blant annet på AMD- pasienter. Tønsberg sykehus er

det første i Norge som gjør dette, og er således en pioner på området.

Leder for øyeseksjonen og øyesykepleier Elisabeth Fagelund Gjersøe mener at så lenge leger er et knapphetsgode, må man vurdere muligheter for jobbglidning – for eksempel at sykepleiere kan trenes opp til å foreta intravitreale injeksjoner. – Vi reiste på studietur til Sønderborg sykehus (et av to danske sykehus) der sykepleierne gjør alle injeksjonene, forteller Fagelund Gjersøe som også har en mastergrad i helseledelse fra ”Ole Berg skolen” ved UiO.

TATT LITT TID

Det er klart at det var en viss skepsis i starten og at vi har vært gjennom en modningsprosess,

sier Karin Amlie Sandvand, overlege og medisinsk ansvarlig på øyeseksjonen ved sykehuset i Vestfold. Vi har diskutert hvorvidt dette i det hele tatt kunne gjennomføres, om det var et riktig valg å ta og i så fall på hvilken måte. Den prosessen har vært nødvendig, mener Sandvand og legger til at man har forsikret seg

”Det er klart at det var en viss skepsis i starten og at vi har vært gjennom en modningsprosess, sier Karin Amlie Sandvand

MEDIKAMENTBRUK

Øyeseksjonen ved Tønsberg sykehus bruker i hovedsak Avastin, men bruken av medikamenter kan variere fra pasient til pasient. Det skjer at legen bytter medisiner under behandlingsprosessen for å se om pasienten responderer bedre. Øyeseksjonen er med i LUCAS-studien som er en randomisert, dobbelt-blind, prospektiv multiserterstudie der man ser på effekten av intravitreal injeksjon av bevacizumab sammenliknet med ranibizumab til pasienter med eksudativ (våt) aldersrelatert maculadegenerasjon (AMD).



- VI HAR VÆRT PÅ STUDIETUR TIL SØNDERBORG SYKEHUS: Sykepleierne der utfører alle injeksjonene, forteller leder for øyeseksjonen og øyesykepleier Elisabeth Fagelund Gjersøe som også har en mastergrad i helseledelse fra "Ole Berg skolen" ved UiO. Overlege Karin Amlie Sandvand mener at så lenge leger er et knapphetsgode, må sykepleiere trenes opp til å foreta intravitreale injeksjoner.

om at LIS-legene får muligheten til å lære og utføre injeksjoner – at ikke sykepleierne tar alt.

WET LAB OG GRISEØYNE

Sykepleierne som gjennomfører injeksjonene er spesialutdannede øyesykepleiere og har gjennomgått et eget opplæringsprogram for å trygge kvaliteten på behandlingen. Opplæringen inneholder både teori og wet lab der sykepleierne har øvd på griseøyne, forteller Fagelund Gjersøe. Det er også laget en autoriseringsliste der man går systematisk til verks og prosedyren gjennomgås trinn for trinn. Dette for å trygge prosessen, sier hun.

DET ER LEGEN SOM ER BEHANDLER

– Føler du deg faglig truet?

Nei, jeg gjør ikke det, sier overlege Amlie Sandvand. Selve injeksjonen er bare en del av en lang behandlingsprosess. Det er legen som vurderer hvorvidt inngrepet skal gjøres eller ikke, og hvilke medisiner som skal brukes. Legen utfører kontroller og bestemmer den videre utviklingen i behandlingen, om den skal videreføres eller avsluttes. Utdanningsprogrammet for sykepleierne sikrer

kvalitet på den delen av behandlingen man velger å overføre.

LEGER – ET KNAPPHETSGODE

Hvorfor tror du en del leger er sterkt i mot at sykepleierne tar over?

Fordi det alltid har vært leger som har utført dette inngrepet, men det er jo ikke slik at det legene alltid har gjort må de fortsette å gjøre, sier en engasjert overlege. Vi har ikke legehender til å kunne ta seg av den enorme økningen av pasienter. Da blir det en vurdering av hvordan vi kan ivareta pasientene på best mulig måte.

Hun minner om at behandlingsbehovet vil fortsette å øke. Slik situasjonen er i dag er det langt lettere å få gjennomslag for en sykepleierstilling enn en legehjemmel. Det er kjensgjerning sier Sandvand. – Skjønner du at enkelte leger er skeptiske til ansvarsforholdet? Ja, det gjør jeg. Det er et kjent fenomen at når man endrer noen grenser så blir det reaksjoner.

HVEM HAR ANSVARET?

Hva skjer når det oppstår en netthinne-løsning og pasienten er sint og har behov for å ansvarliggjøre noen?

” Det er et kjent fenomen at når man endrer noen grenser så blir det reaksjoner.

I forhold til behandlingen er det da flere vurderinger som må gjøres, sier Amlie Sandvand: Var det riktig å gi denne behandlingen? Var indikasjonene riktige? Var alle indikasjoner og kontraindikasjoner vurdert? Ble prosedyren utført etter boka?

Hvis svarene er ja på alle disse spørsmålene, må man spørre seg om det er noe feil ved selve prosedyren som bør justeres for å hindre at det skjer igjen.

Detektivarbeidet i ettertid vil avdekke hvor tiltakene må settes inn og hvem som må ta ansvaret for feilene som er begått, mener Amlie Sandvand. Generelt vet vi jo at komplikasjoner forekommer uansett om det er leger eller sykepleiere som utfører prosedyrer.

EN FORMIDABEL ØKNING

Sykehuset i Tønsberg foretok 20 intravitreale injeksjoner i 2007 og regner med å ende på 2600 i 2012. Det høyeste antallet injeksjoner gitt til en pasient er 60.



ILLUSTRASJONSFOTO: Slik ser det ut når man utfører en intravitreal injeksjon. Foto: E F Gjersøe

” Generelt vet vi jo at komplikasjoner forekommer uansett om det er leger eller sykepleiere som utfører prosedyrer.

NEUROLOGENE PÅ SANDVIKA STORSENTER



Kort ventetid hos privat nevrolog.

Ved Sandvika Nevrosenter har privatnevrologene Marina Manske og Kristine Bodding Gjendemsjø **kort ventetid.**

Senteret tilbyr komplett utredning av nevrologiske tilstander inkl. nevrografi, og organiserer MR hos Curato Sandvika som holder til i samme bygg.

Ta gjerne kontakt eller gå inn på vår hjemmeside www.sandvikanevrosenter.no

E-post: post@sandvikanevrosenter.no

Tlf sentralbord: 67 52 20 80

Tlf for helsepersonell: 67 52 20 86

Besøksadresse:
Sandvika Storsenter
Sandviksveien 178
1337 Sandvika

Postadresse:
Postboks 223
1300 Sandvika

Sandvika Nevrosenter



– Hos en del pasienter kan man stadig øke intervallet mellom injeksjonene hvis pasienten er stabil, sier Amlie Sandvand. Behandlingen starter med fire ukers intervall og den må kanskje vedlikeholdes livet ut. I følge øyespesialisten er legene svært bevisste på å avslutte når de ser at medikamentet ikke har den forventede effekten.

–Men når det er sagt, så er det fantastisk at vi har muligheten til å kunne gi denne typen behandling til så mange mennesker, presiserer hun.

NOE FOR AVTALESPELISISTENE?

Siden mengden pasienter bare øker, hvorfor ikke outsource injeksjonene til avtalespesialistene?

– Injeksjonene må jo ikke gjøres på sykehus, men det krever utstyr og kompetanse som avtalespesialistene må tilegne seg. Både sykehusleger og spesialister utenfor sykehus har et ansvar for hele pasientporteføljen, og da gjelder det å finne ut hvordan vi sammen kan få til et best mulig tilbud til pasientene. Når legen er et knapphetsgode enten det er på sykehus eller privat så er spørsmålet hvordan vi kan utnytte ressursene best mulig, avslutter overlege Amlie Sandvand.

En viktig prinsipiell sak

Når det gjelder injeksjonsbehandling er overlege og leder i Øyelegeforeningen, Alexander Skau prinsipielt uenig i å overlate selve behandlingen til sykepleierne. Han har hatt kontakt med øyeseksjonen i Tønsberg ved Elisabeth Fagelund Gjersøe og stilt mange kritiske spørsmål til prosedyrene deres. Han er særlig opptatt av det han oppfatter som at legens ansvar for deler av behandlingen blir fjernet. Indikasjonsstillingen, både for oppstart og videreføring av injeksjonsbehandling er vanskelig og krever lang erfaring. – Selve injeksjonsprosedyren kan egentlig hvem som helst få til etter opplæring, sier overlegen, men problemet dukker opp når det oppstår komplikasjoner. Hvem har ansvaret da? Hvor kommer det juridiske aspektet inn i bildet?

TUNGA RETT I MUNNEN

– For hvis man ikke har helt klare linjer, så er det plutselig en ansvarsfraskrivelse for feilbehandling vi snakker om. Det kan vi ikke ha på pasientens vegne. Vi må ha helt klare ansvarsforhold, understreker Alexander Skau.

Ansvaret må nødvendigvis ligge hos legen og hvordan gjør man det da når man ikke er behandler? Dette har med pasientrettigheter å gjøre og er en uthuling av pasientsikkerheten, avslutter overlegen.