LEGEKUNSTEN

NR 4 • 2017 • 28. Årgang

TIDLIG I KARRIEREN VALGTE DE TO ØYELEGENE AVTALE-PRAKSIS FORAN SYKEHUS

– Ingen vei tilbake?

HELSE SØR-ØST:
Lyser ut 9 nye hjemler, men vil fjerne 19,5.

ETTER 4 ÅR MED HØIE:
Ingen LIS i avtalepraksis. I Danmark vil "alle" ha dem.

KRISTIANSAND:
Banebrytende forskning på allergivaksine.

TUSENVIS AV HENVISNINGER BORTE: Fastlege Terje Risanger var en tegene som oppdaget den alvorlige svikten da flere av [illegible] fikk timer på sykehuset. (Foto: TV 2)

2700 pasienthenvisninger forsvant i datasystemet

Først da fastleger oppdaget at pasienter ikk[illegible] oppdaget.

Kilde: ww.tv2.no (Foto: TV2)

Kommunal Rapport

Skal ha mistet prøvesvar og henvisninger til sykehus

HELSE. Elektroniske henvisninger til sykehus og blodprøver er blitt borte etter at legekontorer innførte ett nytt datasystem. Torsdag var det krisemøte.

Kilde: www.kommunal-rapport.no
(Foto: Magnus Knutsen Bjørke)

HELSE

100.000 helsemeldinger forsvant

24. september 2008, kl. 14:57

En datakollaps i Norsk Helsenett førte til at rundt 100.000 rapporter, henvisninger og røntgensvar ble slettet. Svært alvorlig, sier Legeforeningen.

DEL Kollapsen førte til at meldingstjenesten var ute av drift hele dagen fredag 12. september. De 100.000 meldingene må sendes på nytt.

Legepresident Torunn Janbu er rystet over datakollapsen i Norsk Helsenett som slettet 100.000 meldinger. (Foto: Terje Pedersen, ANB)

Kilde: www.siste.no (Foto: Terje Pedersen, ANB)

Få orden i meldingskaoset med Infodoc Plenario

Med Infodoc Plenario trenger du ingen ekstra EDI-løsning

- Full meldingsoversikt i startpanelet
- Kontinuerlige oppdateringer
- Lett å lære, lett å bruke

Kontakt oss i dag for avtale!

E-post: salg@infodoc.no
Sentralbord: 815 32 020

infodoc
Effektivitet satt i system

www.infodoc.no

INNHOLD

NR 4 • 2017

4 LEDER

NYHETER/AKTUELT

5 Helse Sør-Øst: Gir med den ene hånden – og tar med den andre
8 Danmark: "Alle" vil ha LIS-kandidater i sin avtalepraksis
9 Sykehuset i Kristiansand: Setter allergivaksine direkte i mandlene
11 Appeller til dugnadsånden hos legene!
13 Bør ikke få gi injeksjoner – en grad av proteksjonisme, sier avtalespesialist
15 Etter alvorlige infeksjoner: Valgte apotekopptrukne sprøyter
17 Ekspert: Vil ha obligatorisk kurs i takstbruk
21 Øyelege: Legger for stor vekt på normtallene
25 To pionerer hedret med minnemedaljer
28 Ferske i avtalepraksis: Ingen vei tilbake?
31 Krystallsyken- en innbringende diagnose?
33 Ønsker flere hjemler i fysikalsk medisin, men vil ikke ha en selv!

KROPP & SJEL

36 Jan Helge Solbakk: Styret med staven
38 Bent Stiansen - Julekos: Lutefisk med ertestuing og rislapper
42 Einar Berle: Fersk lege på glattisen- Vær så god neste!

Leder i Øyelegeforeningen Bente Haughom

Legekunsten retter:
I forrige utgave av Legekunsten ble Bente Haughom (leder i Øyelegeforeningen) feilsitert med følgende uttalelse: "pasientene får samme behandling hos meg som på sykehuset". Det korrekte sitatet er at "pasienten betaler det samme hos meg som de gjør på sykehuset". Uttalelsen kom på årets PSL-møte i forbindelse med en diskusjon om privat/offentlig helsetjeneste. Legekunsten beklager.

UTGIVER
Praktiserende Spesialisters Selskap AS
Langvikveien 52 - 3145 Tjøme
T: 913 03 517

ANSVARLIG REDAKTØR
Lottelise Folge
lottelisefolge@gmail.com
T: 913 03 517

REDAKSJONEN
Legekunsten
Langvikveien 52, 3145 Tjøme
T: 913 03 517
lottelisefolge@gmail.com

REDAKSJONSRÅD
Einar Kinge (nevrolog)
Vibeke Dons Wankel (øyelege)
Oscar Løvdal (ønh-lege)
Tore Hind Fagerlund (anestesiolog)
Frøydis Olafsen (PSL leder))
Anne Zandjani (gynekolog)

BIDRAGSYTERE I DENNE UTGAVEN
Jan Helge Solbakk
Einar Berle
Bent Stiansen

FORSIDE:
Forsidefoto: Lottelise Folge

UTGIVELSESDATO
1-2018: 31. mars
2-2018: 23. juni
3-2018: 26. september
4-2018: 19. desember

MATERIELLFRISTER
1-2018: 17. mars
2-2018: 09. juni
3-2018: 12: september
4-2018: 05. desember

ANNONSER
Akuttjournalen Arena AS
Kjell Hauge
legekunsten@akuttjournalen.com

1/1 side: 10 800 kr
1/2 side: 8 700 kr
Bakside: 12 800 kr

GRAFISK DESIGN
Centrum Trykkeri AS
Brigitta Vikør
post@centrum-trykkeri.no

ABONNEMENT Kr. 590, -
Bestill via e-post: **lottelise.folge@gmail.com**

LEGEKUNSTEN
Meddelelsesblad for Praktiserende Spesialisters Landsforening (PSL)

INTERNETT
www.legeforeningen.no/yf/Praktiserende-spesialisters-landsforening/

ISSN: 0804-1717

Gledelig avgjørelse

Datatilsynet har nå i realiteten satt foten ned for det digitale prosjektet Legelisten.no. Dette er et tilbud få kommer til å savne og som norske leger flest bør være glade for å bli kvitt. Legelisten, som består i en anonym karaktersetting av norske leger har i lengre tid gjort livet surt for en rekke leger ved å tilsidesette alle normale krav til meningsfull forbrukerveiledning. Det var på høy tid at personvernmyndighetene tok tak i fenomenet. Det blir nå mulig å reservere seg mot å stå på listen og norske leger bør i solidaritet med sine kolleger nå benytte seg av sjansen.

Noen vil kanskje oppleve restriksjonene som en begrensning av forbrukernes rettigheter. Hvorfor skal det ikke være mulig å rate en lege på samme måte som en maler eller rørlegger? Svaret er like enkelt som det er fornuftig: En lege tar i sin praksis hele tiden avgjørelser som «kunden» kan oppleve som urimelig eller feil selv om de medisinsk sett kan være både riktige og nødvendige En kunde kan ha rett når det gjelder kvaliteten på en bilreparasjon eller syltetøy, men i medisinske vurderinger har forbrukeren gjennomgående ikke den nødvendige kompetansen til å stille som overdommer. De fleste leger har kjedelige opplevelser i pasientmøter når det eksempelvis kan dreie seg om å stanse forskrivingen av vanedannede medisiner, ta fra folk retten til å kjøre bil, gi råd i spørsmål om overdrevent alkoholforbruk eller annen usunn livsstil. Mange vet at upopulære avgjørelser utløser aggresjon og bytte av lege. Da Legelisten ble tilgjengelig fikk mange i denne pasientgruppen en ny kanal til å ta ut sin frustrasjon. Hadde listen fått fortsette sin virksomhet på samme måte kunne det med tid og stunder endt i en usminket popularitetskonkurranse der det først og fremst er om og gjøre å tekkes pasienten for å oppnå høyere score og lange ventelister.

> Da Legelisten ble tilgjengelig fikk mange i denne pasientgruppen en ny kanal til å ta ut sin frustrasjon.

Noen har kalt listen en offentlig gapestokk for leger, men metaforen er ikke uten videre treffsikker. Selv 1700-tallets gapestokk-ofre hadde på mange måter større rettssikkerhet enn de Legelisten-utsatte. De hadde mulighet for å se sine anklagere i øynene og argumentere for sin uskyld. Leger i dagens digitale gapestokk kjenner sjelden eller aldri identiteten til sine anklagere – og har følgelig ingen mulighet til å ta til motmæle. Hvis de en sjelden gang skulle kjenne igjen den kritiske pasienten, gjør selvsagt taushetsplikten dem ute av stand til å ta til motmæle. Selve grunnstammen i ytringsfriheten – mulighet for kontradiksjon – er derfor ikke til stede.

Vårt digitale ordskifte er, til tross for stadige overtramp, i ferd med å modnes. Pressens første reaksjon på kritikken mot kommentarfeltene var et ideologisk og kategorisk forsvar for ytringsfriheten. Etter hvert ble det temmelig åpenbart at det også lå økonomiske motiver til grunn for slike holdninger. I dag settes det jevnt over inn store ressurser på å monitorere og moderere debattspaltene. Det må hevdes til Legelistens forsvar at den også har gjort mye for å luke ut de mest vulgære angrep på legene. Likevel er det noe ved selve grunntanken om en offentlig karakterbok for leger – eller lærere – som bør mane til ettertanke. Selvsagt finns det leger som i høyeste grad fortjener reprimander fra sine pasienter. Selvsagt fins det leger som hverken har den nødvendige konduiten, den rette sosiale kompetansen eller kommunikative evner til å håndtere pasienter. Sikkert er det også noen som fortjener offentlig fordømmelse. Men i disse situasjonene er pasientorganisasjonene og i siste instans Helsetilsynet den rette kanalen – ikke impulsladede argumenter i vår nye «vidunderlige verden» - de digitale debattfeltene.

Når Legelisten i annonser nå ber om almisser for å fortsette sin virksomhet, bør svaret være å skru igjen pengestrømmen.

Lottelise Folge
Ansvarlig redaktør

UTFASING AV AVTALESPESIALISTENE

GIR MED DEN ENE HÅNDEN – OG TAR MED DEN ANDRE

Helse Sør-Øst vil fjerne 31 hjemler tilsvarende 19,5 årsverk i sin region, samtidig som de utlyser 9 nye hjemler. Hvis forslagene blir stående, vil dette berøre 32 avtalespesialister.

Tekst og foto: Lottelise Folge

PSL-leder Frøydis Olafsen etterlyser en konsekvensanalyse av at nitten fulle hjemler foreslåes utfaset i regionen og mener at forslaget ikke er godt nok begrunnet.

Det er ennå ikke avklart hva som skal skje med de 19,5 årsverkene, tilsvarende 31 hjemler, som Helse Sør-Øst har foreslått "utfaset". Det har vært møter i høst der tema har vært diskutert, men foreløpig er det ingen avklaring om hva som blir resultatet. Legeforeningen har tidligere i år gått hardt ut og kritisert Helse Sør-Øst for å være mer opptatt av å fase ut avtalespesialister enn å følge Helseministerens føringer om at avtalespesialistene skal spille en langt større rolle enn tidligere i fremtidens spesialisthelsetjeneste og at flere hjemler er blant tiltakene. Helse Sør-Øst gikk ut allerede tidlig i vår – flere måneder før høringsfristen var ute (15 august red.anm.) og nektet avtalespesialister i de foreslåtte utfasede spesialitetene å gå ut i senior/juniorordning under henvisning til at de var blant de foreslåtte "nedlagte" spesialitetene.

En positiv prosess

Leder i PSL Frøydis Olafsen opplever at man er i en positiv prosess, som hun kaller det, og hun velger å være forsiktig optimist . Som ny i rollen som PSL-leder, opplever hun at det er vilje fra alle parter til å komme til en ordning alle kan enes om. Samtidig stiller hun spørsmål ved noen av bemerkningene som er kommet fra Helseregionen. Som at hvis det er kun 1 hjemmel på et bestemt fagområde er det et tegn på at det ikke er behov for spesialisthjelp på dette området i befolkningen. Hun mener at dette på ingen måte henger sammen og tar fysikalsk medisin som eksempel. Det er særlig underlig at akkurat denne yrkesgruppen

> "Det er særlig underlig at akkurat fysikalsk medisinerne er foreslått utfaset (Frøydis Olafsen)

Frøydis Olafsen og Oscar Løvdal er begge bekymret for konsekvensene av Helse Sør-Øst forslag til hvordan avtalespesialistene skal brukes som ressurs i regionen.

er foreslått utfaset, mener Olafsen, ikke minst når fysikalskmedisinere er blant de fire øverste på fastlegens ønskeliste i Helse Sør-Øst. Fra regionens side argumenteres det med at det utdannes for få spesialister og at man dermed ikke kan dekke behovet. – Men da er vi jo oppe i en "hva kom først, høna eller egget"-situasjon, sier PSL-lederen. Hun etterlyser dessuten en konsekvensanalyse av at nitten fulle hjemler foreslåes utfaset i regionen og mener at forslaget ikke er godt nok begrunnet.

> Smertepasienter er kompliserte og er en spesialistoppgave. Og fastlegene har allerede mer enn tilstrekkelig med oppgaver og pålegg (Frøydis Olafsen)

Smertepasienter – en spesialistoppgave

Frøydis Olafsen forstår heller ikke bakgrunnen for forslaget om at fastlegen skal ta over (kroniske) smertepasienter hvis smertespesialistene forsvinner. – For det første er dette kompliserte pasienter og er en spesialistoppgave, i tillegg har fastlegene allerede mer enn tilstrekkelig med oppgaver og pålegg, mener hun, og legger til at tilbudet til kroniske smertepasienter på poliklinikkene allerede er mangelfullt.

EN GLADNYHET MED BISMAK

Aldri før har det vært utlyst så mange hjemler over en så kort periode som i høst, men utlysningene skjer før den nye Regionalplanen er vedtatt og skjebnen til de foreslått "utfasede" fremdeles henger i luften.

Har sykehusene kapasitet til å ta seg av pasientene som ikke får tilbud i avtalepraksis. Er dette virkelig tilstrekkelig utredet, spør ønh-spesialist og SU-medlem Oscar Løvdal.

Det har over lang tid vært mye kritisk omtale av Helse Sør-Øst og håndteringen av Høies politiske mål om flere avtalespesialister i Norges største helseregion. Nye hjemler har i praksis totalt uteblitt i Helseministerens første 4-års periode, men i høst skjedde det noe. I løpet av kort tid ble det utlyst 9 nye hjemler i det som beskrives som pressområder i regionen. Det betyr 3 hjemler i øye (Akershus, Telemark og Vestfold), 3 i urologi (Oslo, Østfold og Akershus), 2 i hud-(Akershus og Telemark)– og 1 i nevrologi i Akershus. Oscar Løvdal har sittet i Samarbeidsutvalget i Helse-Sør-Øst siden 2005, i høst kontaktet han Legekunsten med et sterkt ønske om en positiv vinkling på Helse Sør-Øst sin "hjemmelsoffensiv" den siste tiden.– Jeg har aldri opplevd at det er utlyst så mange hjemler i løpet av så kort tid, sa ønh-spesialisten, og syntes endelig at han hadde en gladsak å formidle. Han var derimot overrasket over at utlysningene kom så tidlig. Forslaget til regional plan på avtalespesialistområdet er i skrivende stund ennå ikke vedtatt.

Stigende bismak

Etter hvert må Løvdal innrømme at gleden over flere hjemler preges av en viss bismak – for samtidig som hjemlene lyses ut i Tidsskriftet, ligger altså forslagene der om utfasing av 19,5 årsverk noe som tilsvarer 31 hjemler (og da har vi vært forsiktige i våre beregninger).

Løvdal undrer dessuten på om en årsak til at regionen utlyste hjemler i høst før høringen av strategiplanen er ferdig , kan ha vært for å ta brodden av kritikken de har fått fra Legeforeningen og fra Bent Høie. At de så å si forsøker helle olje på opprørt hav. Han spør seg også om HSØ har tatt høyde for om sykehusene i deres region faktisk har kapasitet til å behandle de pasientene som ikke lenger har noe tilbud fordi 7 spesialiteter forsvinner. Han opplever det som litt ironisk at under Høies fire første år der satsingen på avtale-spesialister skulle være i fokus, ble det nærmest reversert blant annet ved å fryse hjemler. Noe Høie beskrev som "ikke greit" til Legekunsten. I denne perioden hadde avtalespesialistene nok med å passe på at de hjemlene som ble naturlig ledige faktisk ble utlyst. – Der hadde vi et trykk, sier Løvdal, og forteller at de også var opptatt av å passe på at junior/ senior ordningen ikke ble lagt på is.

I villrede

Oscar Løvdal hadde nok ikke sett for seg at parallelt med utlysing av hjemler skulle man

måtte sloss for dem man allerede har og synes at forslagene til utfasinger er vanskelige å begripe. – Ved eksempelvis å fjerne tilbudet til smertepasienter utenfor sykehus rammer man en allerede svært utfordrende og sårbar gruppe pasienter, sier Løvdal. – *Har du tillit til at dette ble gjort på faglig forsvarlig grunnlag?*

– Det er vel heller tvilsomt, sier Løvdal, PSLere var med i utvalget og de var også overrasket over HSØ konklusjoner og forslag i rapporten om utfasing.

Løvdahl sier han ikke var spesielt imponert over grunnlagsarbeidet for rapporten slik den ble beskrevet. Utvalget besto av 14 medlemmer, med to representanter fra PSL, hvorav den ene kom inn etter krav fra Legeforeningen.

> Arbeidsgruppen hadde tre møter som ikke bar preg av mye dialog, og der ingen av bemerkningene fra avtalespesialistene kom med i referatene fra møtene(Sverre Dølvik)

Arbeidsgruppen hadde tre møter som ikke bar preg av mye dialog, og der ingen av bemerkningene fra avtalespesialistene kom med i referatene fra møtene, i følge tidligere PSL-leder og deltager i arbeidsgruppen, Sverre Dølvik.

– Det er naturlig at avtalespesialistene vil ha flere hjemler, men hva gjør man med de områdene der det over tid stadig utlyses hjemler som ikke blir besatt?

– Det har vært et lite problem i Helse Sør-Øst selv om det har vært noen utfordringer i pediatrien i Telemark og i hud for noen år siden, svarer Løvdal – men jevnt over har det gått bra i urbane strøk. Han kan ikke huske en eneste gang det ikke har vært søkere på en hjemmel i Oslo og Akershus.

Ønh-spesialisten uttrykker bekymring for det som kan bli resultatet av HSØ forslag om utfasing, og han er redd for at Legeforeningen og avtalespesialistene ikke blir hørt i denne saken. – Selvfølgelig håper jeg at det ikke skjer, for spørsmålet er : har sykehusene kapasitet til å ta seg av pasientene som ikke får tilbud i avtalepraksis. Er dette virkelig tilstrekkelig utredet, spør ønh-spesialist og SU-medlem Oscar Løvdal.

> Jeg har aldri opplevd at det er blitt utlyst så mange hjemler i løpet av så kort tid (Oscar Løvdal)

HELSE SØR-ØST

OVERSIKT OVER STILLINGER SOM FORSVINNER:

Inndragning, utfasing, spissing – det er mange uttrykk som tas i bruk for å sette ord på at HSØ har som mål å fjerne avtalehjemler og innlemme mange av dem i sykehusene. Tar vi bort indremedisin som ligger i et slags vakuum, er det 31 hjemler som skal omgjøres, inndras eller fases ut. Mens veksten, den kommer i somatikken og skal skje innen urologi, nevrologi ,gastro, hud og øye. Det er ikke planlagt nye hjemler i revmatologi, men, i følge rapporten, ønsker man en bedre geografisk fordeling av eksisterende hjemler.

I Helse Sør-Øst sin egen oversikt på nettet er revmatologene i dag fordelt på følgende fylker: Akershus 3, Oslo 2, Vest-Agder 2 og Vestfold 1. Det betyr at 6 av regionens 10 fylker står uten tilbud på revmatologer.

Her er de "utrydningstruede":

Anestesi, ortopedi, generell kirurgi, fysikalsk medisin, plastikkirurgi – radiologi, og generell indremedisin. Det største volumet HFene må forberede seg på å ta i mot, ligger an til å bli i ortopedi, og mange mener de mest sårbare blir smertepasientene.

Her er tallene:

Fysikalsk medisin med 1 hjemmel- 2 avtalespesialister
Plastisk kirurgi ½ hjemmel
Radio 0,20 % hjemmel
Anestesi 7,9 årsverk 13 hjemler
Ortopedi 5,9 årsverk 10 hjemler
Generell kirurgi 4 årsverk 5 hjemler

I generell indremedisin er det 5 hjemler, endokrinologi 3 , hematologi1, nyre 1. Vi tar forbehold når det gjelder generell indremedisin. Spesialiteter som nefrologi og hematologi skal omgjøres og endokrinologi skal vurderes i avtalepraksis. Her bruker HSØ ulik terminologi. Noen hjemler skal inndras, andre skal fases ut. Man er altså avventende til de fem hjemlene i indremedisin, men de skal "spisses" mot andre indremedisinske tjenester - dette sier de også om generell kirurgi- at det er større behov for spissede tjenester.

"ALLE" VIL HA LIS-KANDIDATER I SIN AVTALEPRAKSIS

I Danmark er LIS kandidatene blitt et lønnsomt prosjekt for avtalespesialistene – og det til tross for at praksisen ikke mottar noe tilskudd fra staten.

Tekst og foto: Lottelise Folge

– Avtalespesialister som tar inn LIS tar også en viss sjanse , sier den danske øyelegen Marie Louise Roed Rasmussen, de vet jo ikke hva slags kandidat de får. Selv om de skal ha to og et halvt års praksis på sykehus bak seg, vil nivået selvsagt variere.

LISen får sin lønn fra helseregionene de er ansatt i og avtalespesialisten får alt kandidaten tar inn. Til gjengjeld får arbeidsgiver ikke noe tilskudd fra staten, forteller øyespesialist og dr.med. Marie Louise Roed Rasmussen som snakket om forholdene for unge øyeleger i Danmark på øyelegenes høstmøte på Soria Moria.

Denne ordningen snudde opp ned på holdningene til LIS-kandidater i avtalepraksis i vårt naboland i sør. Tidligere hadde innvendingene fra avtalespesialistene blant annet vært at det ble for dyrt å ha dem et halvt år i avtalepraksis. For hvem skulle bekoste ekstra lokaler , instrumenter og annet utstyr i tillegg til ekstra hjelpepersonell? Argumenter som ligner til forveksling på debatten her hjemme.

Orden i sysakene

Løsningen ble at avtalespesialistene, som ikke får noe tilskudd fra det offentlige, kan ta inn alt LIS-kandidaten tjener i sin praksis, mens kandidaten får hele sin lønn fra regionen hun er ansatt i. I Danmark er hele utdannelsesløpet lagt når man blir ansatt i en utdannelsesstilling. Alle vet nøyaktig hvor de skal, på hvilke sykehus og avdelinger gjennom hele spesialiseringen– også til hvilken avtalepraksis. Dette har fungert bra, de siste ti årene, sier Roed Rasmussen og forteller at fra ikke å være ønsket noe sted, (slik det foreløpig er i Norge med et par hederlige unntak red.anm.) er det nå rift om kandidatene i avtalepraksis. Så langt er det fire spesialiteter som har LIS i avtalepraksis; ønh, øye, hud og plastisk kirurgi.

> "Jeg jobbet ikke veldig fort, brukte for mye tid på hver pasient og stilte altfor mange spørsmål (M L Roed Rasmussen)

Staten betaler

Før ordningen kom i stand hadde de danske øye-LISene et halvt år der de hadde svært ulik praksis. Det kunne være opphold på sykehus, eller ute i privatpraksis, andre var på spesialinstitusjoner, som eksempelvis det danskene kaller Blindesenteret, og lærte seg spesialoptikk. Regionen betalte lønnen, uansett hvor de var og da LIS-ordningen i avtalepraksis kom i stand, var det naturlig å fortsette med denne ordningen. Ingen LIS-kandidat blir sluppet løs på pasienter i avtalepraksis før de har to og et halvt år bak seg på sykehus.

Noen trekker vinnerloddet

Avtalespesialister som tar inn LIS tar også en viss sjanse , sier Roed Rasmussen, de vet jo ikke hva slags kandidat de får, selv om de skal ha en to og et halvt års praksis på sykehus bak seg vil nivået selvsagt variere. Sånn sett er det jo et lotteri, sier hun. – Og går det galt og det settes feil diagnoser, er det arbeidsgiver som må ta ansvaret. Det vil alltid variere hvor mye veiledning LISen trenger, hvor raskt de jobber

> "Hele utdannelses-løpet er lagt og kandidaten får sin lønn fra regionen de er ansatt i.

og kjemien med andre ansatte vil jo også spille inn. Selv tror hun ikke at hun var noe ”gullkort” for sin arbeidsgiver da hun var ute i avtalepraksis . – Jeg tror ikke han tapte penger på meg, men jeg jobbet ikke veldig fort, brukte for mye tid på hver pasient og stilte altfor mange spørsmål , smiler hun og forsetter: mens andre var et funn– effektive og dermed en god inntektskilde for avtalespesialisten.

6-8 pasienter i timen

I Danmark er situasjonen for avtalespesialisten en litt annen enn her hjemme på berget. Driftstilskudd eksisterer ikke og begynner man i avtalepraksis er det fra scratch. Har du ingen pasienter, har du heller ingen inntekt. Hva angår fastlegene får de, i motsetning til avtalespesialistene en liten godtgjørelse fra staten. Likevel tjener danske avtalespesialister like godt som norske – forskjellen er bare at de har dobbelt så mange pasienter i løpet av en dag.

I følge Roed Rasmussen, er dette en kilde til frustrasjon for mange i avtalepraksis. 6-8 pasienter i timen er ikke uvanlig. Konsultasjonene blir alt for korte og bidrar til mye stress både for pasient og lege.

BANEBRYTENDE FORSKNINGSPROSJEKT:

SETTER ALLERGIVAKSINE DIREKTE I MANDLENE

Et forskningsprosjekt som kan bety et paradigmeskifte for mange allergiplagede pasienter er nå i gang på sykehuset i Kristiansand. – Et uhyre spennende prosjekt, sier professor.

Tekst og foto: Lottelise Folge

Forsker og professor Sverre Steinsvåg forteller at pasientene som kvalifiserer for prosjektet, er foreløpig pasienter med kraftige gressallergiplager og som har gjennomgått annen adekvat behandling uten å respondere tilfredsstillende.

Ønh-professor Sverre Steinsvåg, som fikk ideen og er leder for forskningsprosjektet er svært varsom med å forskuttere resultater.

Han beskriver de foreløpige resultatene som utrolige. – Så vi lurer på om dette kan være riktig, men vi ser jo at det fungerer – et virkelig krydder i hverdagen , sier forskeren

> ”Undersøkelsen omfatter foreløpig 20 pasienter og målet er å redusere antallet sprøyter fra 90 til 4 og behandle pasienten over tre måneder istedenfor over tre år (S. Steinsvåg)

og understreker at dette aldri har vært gjort tidligere. Undersøkelsen omfatter foreløpig 20 pasienter og målet er å redusere antallet sprøyter fra 90 til 4 og behandle pasienten over tre måneder istedenfor over tre år.

Tar alle mulige forbehold

Ønh-spesialisten er nøye med å slå fast at de ennå er helt i startfasen og foreløpig er det 12 voksne pasienter som har startet behandling. Pasientene som kvalifiserer for prosjektet, er pasienter med kraftige gressallergiplager og som har vært gjennom annen adekvat behandling uten å respondere tilfredsstillende. Injeksjonen, som altså blir satt direkte inn i pasientens mandler, har hatt det Steinsvåg beskriver som en nesten frapperende effekt.

100 % effekt

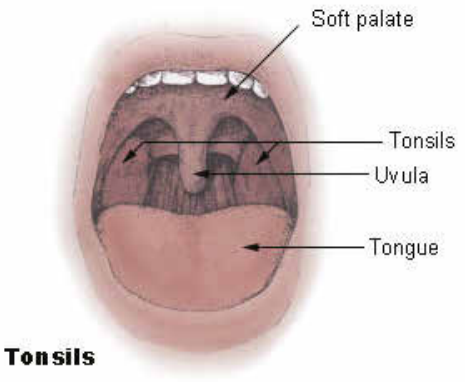
Når allergenekstrakter settes i hud er det kun om lag 2 % av stoffet som kommer i kontakt med immunapparatet, forklarer professoren. – Når vi setter injeksjon i halsmandelen kommer alt direkte inn i immunapparatet, sier Sverre Steinsvåg som er mildt sagt entusiastisk i forhold til sin nyeste ide. Denne formen for

injisering av allergener har aldri tidligere vært gjort noe sted. – Og det var ikke fritt for at den første injeksjonen var forbundet med en viss spenning, smiler han.

> Egentlig er det jo utrolig ulogisk å sette injeksjonene i huden når vi har direkte tilgang til immunapparatet i halsmandlene (S. Steinsvåg)

Reaksjoner

De allergiske reaksjonene har vært ulike på de 12 pasientene som er behandlet til nå. Cirka halvparten av pasientene har hatt sterke reaksjoner, men blodtrykket har holdt seg stabilt hos alle sammen. Den andre halvparten slapp lettere unna med kløe i halsen og opp mot ørene et par timer etterpå. Den første pasienten, en kvinne i 50-årene, fikk hevelser i kroppen, tung pust og kløe, men alle symptomene forsvant i løpet av et par timer. – Og blodtrykket holdt seg stabilt, og det ble heldigvis aldri nødvendig med behandling med adrenalin, konstaterer Steinsvåg.



Injeksjon direkte inn i mandlene har så langt vist svært gode resultater i et prosjekt på sykehuset i Kristiansand.

Pasienten på sin side synes prosjektet er svært spennende, og hun var godt forberedt på eventuelle reaksjoner. Den fornøyde pasienten, som har vært opptatt av hester i hele sitt liv, kan for første gang selv gå i stallen og mate dem.

Nesten ikke til å tro

Første sprøyten ble satt i desember i fjor og fire av dem som til nå har fått injeksjonen har derfor opplevd vår og sommer. – Og det har vært fantastisk for disse pasientene, forteller Steinsvåg. Bare det å kunne klippe plenen- noe de ikke har gjort på mange år, smiler han. – Dette er utrolige resultater og det er nesten så vi lurer på om dette kan være riktig. I forbindelse med forskningen blir det naturligvis tatt en mengde blodprøver som skal analyseres for å vurdere immunapparatets reaksjoner.

Lang dags ferd

Å få tillatelse til å utføre denne forskningen var ingen ”walk in the park”. Steinsvåg forteller at søknadsprosessen var voldsom. Det tok omtrent to år før de fikk godkjent prosjektet og det var også en prosess å overtale Legemiddelverket, som var tvilende. Professoren tror at en viktig grunn til at de fikk gå i gang var at forholdene rundt forskningen foregikk i et trygt miljø, der man hadde det som skulle til av ressurser hvis det skulle oppstå komplikasjoner. Pasientene observeres et døgn på sykehus etter injeksjonen, forteller Steinsvåg.

Fra 90 til 4?

Han regner med at i 2018 har de ferdigbehandlet de 20 pasientene de fikk tillatelse til å ta med i prosjektet. Deretter skal materialet gjøres opp med spørsmål om symptombildet. Dette inkluderer også flere spørreskjemaer der pasientene har måttet registrere kliniske symptomer. Undersøkelsen omfatter foreløpig 20 pasienter og målet er å redusere antallet sprøyter fra 90 til 4 og behandle pasienten over tre måneder istedenfor over tre år.
– Det hele er umåtelig spennende – utfallet er vanskelig å forutse all den tid ingen har prøvd dette før, men det er en del av det å forske, konstaterer professor Sverre Steinsvåg.

EN FANTASTISK STUDIE

Injeksjonsstudien er kjempespennende – det man tidligere har gjort er jo å sette injeksjon i lysken, men det har man måttet gjøre med ultralyd – og kjertlene er ofte små hos friske personer, sier Oscar Løvdal ønh-lege på Majorstua i Oslo. – Det er ingen tvil om at dette hadde vært et stort fremskritt, sier Løvdal, som konstaterer at nå kan man med bøyd kanyle gjøre injeksjoner på en langt enklere måte. Forutsetningen er selvsagt at man har tonsillene i behold, smiler Løvdal og legger til at tonsillene også bør være av en viss størrelse.

Injeksjoner i årevis

Ønh-spesialisten ser mulighetene for en langt kortere behandlingstid som selvsagt vil gjøre alt enklere – og bedre både for pasient og behandler. – Slik det fungerer nå, trapper vi opp behandling over minst en gang i uken i 8 uker, og deretter 2 injeksjoner hver måned i tre år. Behandlingen er til sammen tre og et halvt år, forteller Løvdal og slår fast at også hos disse pasientene kan reaksjonene være sterke, men anafylaksi opptrer svært sjelden, ifølge ønh-spesialisten.

Ønh-spesialist Oscar Løvdal.

BESLUTNINGSSTØTTE FOR SYKEMELDER:

APPELLER TIL DUGNADS-ÅNDEN HOS LEGENE!

All forskning viser at hvis det ikke er jobben i seg selv som har gjort deg syk, så er det å komme tilbake i jobb helsefremmende. Å få ned antall sykemeldinger er et prestisjeprosjekt for staten.

Tekst og foto: Lottelise Folge

– Legene får ofte skylden for de langtidssykemeldte, og at de ikke gjør jobben sin, men de er mellom barken og veden, sier ønh-spesialist Trygve Aune.

At jobben rett og slett kan være helsefremmende, mener Trygve Aune er kjernen i prosjektet *"Beslutningsstøtte for sykemelder- diagnosespesifikt beslutningssystem"* som han la frem for kollegene på ønh-legenes høstmøte tidligere i år. Prosjektet "Beslutningsstøtte" går enkelt fortalt ut på å lage anbefalte kunnskapsbaserte anbefalinger der målet er å kvalitetssikre sykemelders arbeid. En nytt verktøy som skal gi **faglig støtte** til leger og andre som sykmelder.
– Dette håper man vil føre til større forutsigbarhet, mer likebehandling, og – en reduksjon av de store variasjonene vi har i Norge i dag. Og i tillegg vise at det er mulig å kombinere fag, ledelse og politikk – til en viss grad, sa Trygve Aune som er pensjonert medisinskfaglig leder ved Ønh-avdelingen i Molde og avtalespesialist.

For mange og for lange

I dag er det for mange som sykmeldes i Norge, sykemeldingene er for lange og det er store geografiske forskjeller både fylkesvis og på landsbasis. Med beslutningsstøtteprosjektet vil staten at det skal gjøres noe aktivt i forhold til å få antall sykmeldinger ned, og mener at det er legene som sitter med nøkkelen. Fastleger, LISer, spesialister fra 2. linjetjenesten og NAV-lege har derfor jobbet sammen med et mål om å oppnå konsensus om anbefalinger. Beslutningsstøtten er først og fremst myntet på fastlegene siden de sykmelder cirka 90 % av pasientene. I forløpet har man vært opptatt av ikke bare å sikre konsensus , men også at anbefalingene skal være en støtte for dem som måtte komme i konflikt med pasienten om sykmeldingsperioden.

En het potet

Sykemeldingsspørsmålet har vært en kilde til kamp i mange regjeringer og det har vært gjort grep – med vekslende hell. I Sverige har man prøvd seg med normtall for ulike sykdommer, noe som blant annet innebar at diagnosene skulle medføre et bestemt antall uker sykmelding. Dette falt ikke i god jord hos de svenske legene, og for en gangs skyld kopierte ikke nordmennene svenskene, spøkte Trygve Aune i sin innledning på møtet – medisin er et humanistisk fag og det finnes ingen fasitsvar , la han til. I samme åndedrag kommenterte han en undersøkelse som var gjort blant norske, danske, svenske, nederlandske og franske leger. Undersøkelsen viste tydelig i hvor stor grad diagnoser og pasientmøter er basert på skjønn og andre faktorer. Alle legene fikk samme kasus, og svenske og nederlandske leger sykemeldte 50 % mindre enn sine danske, norske og franske kolleger. En annen undersøkelse, der 25 leger fikk samme pasient, sykemeldte de pasienten like lenge alle sammen, men pasienten fikk 25 forskjellige diagnoser.

> Diagnosespesifikt beslutningsstøttesystem for sykemelder. En nytt verktøy som skal gi **faglig støtte** til leger og andre som sykmelder.

Kongens harer

Trygve Aune la vekt på at for å få dette til i et samfunn der uenighetene er så store, har de vært nødt til å formulere retningslinjene som runde anbefalinger.
– For å skape det som i dag heter tverrsektoriell

Beslutningsstøtte er i første omgang ment å hjelpe fastlegene som sykmelder 90 % av dem som blir sykmeldt. Håpet er at dette skal bidra til blant annet større forutsigbarhet, mer likebehandling og reduksjon av variasjon i sykemeldingslengde. (Illustrasjonsbilde)

enighet, sa Aune. Legene får kritikk for de langtids-sykemeldte med beskyldninger om at de ikke gjør jobben sin,– men de er mellom barken og veden, konstaterte Aune.

Å lede kunnskapsarbeidere er som å gjete kongens harer. En umulig oppgave. De løper i alle retninger og gjør som de vil – vil noen mene.

– Problemet er at politikerne tror de kan detaljstyre fagfolk, det kan du nok med noen yrkesgrupper, men kunstnere, skuespillere , leger og andre høylønns- grupper som har mye av identiteten sin i yrket sitt, lar seg ikke styre slik.

Han mener også at mange leger har problemer med at politikere og det økte byråkratiet har bidratt til at de er detronisert og har mistet mye makt, posisjon og innflytelse de siste tiårene.

Dermed øker spenningsnivået mellom fagfolk og det Aune kaller bestemmelseshierarkiet. Disse to verdenene må møtes der fagfolkene må si at nå har vi gitt våre råd ut ifra fag og beste skjønn – nå får dere ta over. – Men husk at man må starte med grunnmuren og det er fag, sier Aune.

Men- plassering av sykehus har eksempelvis aldri vært et faglig valg – alle sykehus blir bestemt ut i fra et politisk valg, og det må også leger akseptere, mente han.

IKKE BRUK PISK

– Hvis du skal endre noe, start i det små med å forankre ideen og tiltaket hos dem det faktisk gjelder, sa Aune og minnet om at det tar tid å endre folks adferd - også leger –eller kanskje særlig leger, smilte han. – Hvis det blir for stort og fancy, tenker mange medisinere at dette kan vi ikke bruke tid på. Bygg heller sten på sten, det er lettere å implantere nye ting når prosjektene ikke er for voldsomme. Appeller til dugnadsånd- snakk med folk –legg frem hvilke positive konsekvenser det får for det enkelte helsepersonell, rådet Aune.

– *Så lar politikk, fag og ledelse seg kombinere?*

Man kan ikke forene olje og vann sier Aune, men man kan minske avstanden. Det burde være mulig i et så lite samfunn som vårt uten å bruke makt, avsluttet han.

Harriet Akre, professor II ved Ønh-avdelingen på Rikshospitalet, fortalte på Høstmøte at hun hadde opplevd kolleger som ikke sykemeldte pasienter – heller ikke i det tidsrommet de selv mente det var nødvendig. I stedet ba de pasienten om å oppsøke fastlegen. – Det er ikke ok, sa Trygve Aune.

Ønh-spesialist Sverre Dølvik var glad for at det var anbefalinger det var snakk om og lurte derfor på hvorfor det sto retningslinjer på Helsedirektoratets nettsider. – Det er anbefalinger forsikret Aune – og de er rundt formulerte ellers hadde vi aldri kommet til det vi så fint kaller tverrsektoriell enighet, smilte han.

– Å lede kunnskapsarbeidere er som å gjete harer. En umulig oppgave. De løper i alle retninger og gjør som de vil. Hvordan kan de da ledes? Ikke ved å gå på lederkurs, eller lese ledelsesfagbøker i alle fall, skal vi tro en amerikansk ekspert på området: «Management books have it all wrong. They all try to tell you how to manage 'people.' It's impossible to manage 'people'; it's only possible to manage individuals. And because individuals differ from one another, what works with one individual may not work with somebody else» (James 2012).

KVALIFISERTE ØYESPESIALISTER I AVTALEPRAKSIS:

BØR IKKE FÅ INJEKSJONSBEHANDLE. EN GRAD AV PROTEKSJONISME, MENER AVTALESPESIALIST

Det er bedre at spesialsykepleiere injiserer på sykehus enn at øyeleger som har kompetanse og sterile lokaliteter utenfor sykehus gjør det. Det er konklusjonen om injeksjonsbehandling i KØ-2-rapporten.

Tekst og foto: Lottelise Folge

– Det er nok punktet om injeksjoner som skaper rabalder, sier øyelege, avtalespesialist og tidligere sykehuslege i Bodø, Alexander Skau. Han har også ledet begge KØ-utvalgene. Det er ingen kontroverser i forslaget til bedre og mer effektiv øyehelse for befolkningen i det nye utkastet fra KØ-utvalget – bortsett fra punktet der KØ2-rapporten kort og godt konkluderer med at injeksjoner bør foregå på sykehus. Standpunktet i rapporten begrunnes både med diagnostisk og logistiske utfordringer hos avtalespesialistene, der ferieavvikling og kapasitet er nevnt som eksempler. Det understrekes imidlertid også at det er både sitat: "ulike meninger og regionale forskjeller både blant sykehusansatte og avtalespesialister".

Øyelege i Bodø, Alexander hadde ønsket seg en "injeksjonspilot". Han mener det er flere øyelegesentra i Norge som kunne tilby injeksjonsbehandling og dermed avlaste sykehusene.

Proteksjonisme?

– Hvis et av hovedargumentene er diagnostikk og logistikk er ikke det en mistillitserklæring fra sykehuslegene?

–Det kan man godt si, svarer Alexander Skau, som antyder at det kan være en viss grad av proteksjonisme i denne konklusjonen. Hvorfor beholde all behandling på sykehusene, når det er åpenbart at avtalespesialistene i hvert fall kan hjelpe til i noen områder i landet, undrer Skau.

Injeksjonsbehandling har økt fra et ti-talls til tusenvis av behandlinger i året på mange sykehus i løpet av få år. – I Norge i dag er det flere større øyelegesentre som kan tilby både kvalifisert personale og lokaler- så hvorfor ikke la dem få utføre injeksjonene? – Ville det ikke være bedre å starte en pilot for å se om dette fungerer, spør Skau og lurer på hva som skal til for at avtalespesialister som er utdannet etter at injeksjonsbehandling ble vanlig på norske øyeavdelinger, kvalifiserer for å kunne injisere? Det finnes dessuten eksempler over hele verden på at slike injeksjoner ikke utføres på sykehusavdelinger, fremholder Alexander Skau.

> "Det finnes eksempler over hele verden på at slike injeksjoner ikke utføres på sykehusavdelinger (Alexander Skau)

> "Standpunktet i rapporten begrunnes både med diagnostiske og logistiske utfordringer hos avtalespesialistene (KØ2-rapporten)

Endret sammensetningen

I forrige runde av KØ-utvalget var det en overrepresentasjon av avtalespesialister i gruppen. Dette var sykehuslegene ikke fornøyd med og ønsket endring. Som sagt så gjort. Resultatet ble en overvekt av sykehusleger i KØ2-utvalget, der alle universitetsavdelingene er representert. Da er det kanskje ikke overraskende at holdningen til injeksjoner på sykehus gikk i favør av sykehusbehandling.

Avtalespesialist Alexander Skau fikk ikke gjennomslag i KØ 2 (kapasitet øyehelse)-for injisering i avtalepraksis.

–Men bortsett fra injeksjonsbehandlingen er det stort sett bred enighet på mange områder. En god del av de andre forslagene er noe vi har felles og det er områder man ønsker å jobbe med for å nå et felles mål, sier Skau og nevner blant annet håndtering av pasientflyt- hvordan ting gjøres og hvordan gjøre det mer effektivt og bruke mer hjelpepersonell?

KAPASITET ØYEHELSE (KØ 1-UTVALGET):
Mandat:
–Utvalget skal identifisere, og om mulig kvantifisere årsaker til nedsatt tilgjengelighet av øyehelsetjenester i Norge. Utvalget skal i tillegg komme med løsningsorienterte forslag til en strategi som beskriver hvordan vi som yrkesgruppe kan møte kapasitetsutfordringene. Det ligger ikke i mandatet å foreslå hva andre yrkesgrupper eventuelt kan bidra med.
Kapasitet Øyehelse (KØ 2-utvalget):
Mandat:
–Hvilke av tiltakene som KØ1 foreslår, bør NOF arbeide spesielt for i fremtiden og eventuelt fremme overfor helsemyndighetene?
Utvalget har også anledning til å fremme andre tiltak om dette anses nødvendig.»

DETTE ER NOEN AV PUNKTENE I KØ 2 MAN ØNSKER Å GÅ VIDERE MED :

Oppheving av regelen om at alle kan henvise direkte til sykehusavdeling, og gå tilbake til gammel ordning. På denne måten oppnår man å få henvist en korrekt og godt selektert pasientgruppe og unngår en uheldig by-passing av avtalespesialistene.
Godt og kvalifisert og tilstrekkelig med hjelpepersonell. Dette vil effektivisere driften og øke antallet konsultasjoner. Gode IT-løsninger hører med og man ønsker også en kartlegging av hvor mye hjelpepersonell som trengs per lege/spesialist. Lufter også muligheten for standardiserte pasientforløp der det er mulig.
For å sikre et godt utdanningstilbud og for å beholde spisskompetanse på avdelingene må sykehusene ha tilstrekkelig antall kataraktpasienter på hver avdeling. Dette gjelder også okuloplastikk.
Dette kan i dag reguleres av det regionale helseforetaket ved tildeling av et gitt antall kataraktoperasjoner (kvote) til hver avtalespesialist utenfor sykehus. Regionale forskjeller kan justeres ved å ta i bruk allerede eksisterende regelverk.

Injeksjonsbehandling se over

Ønske om finansiering av et nasjonalt diabetes screeningprogram. Og innføring av en vurderingstakst som kan benyttes for fotoscreening der pasienten ikke trenger legekonsultasjon.
Det er også ønske om behandling av pasienter med tørre øyne på et lavere behandlingsnivå, men som henvises til øyelege hvis de ikke har nytte av kunstig tårevæske eller gel.
Her er det ønske om nasjonal konsensus og retningslinjer.

Let´s be friends:
Slik avsluttes rapporten: Utvalget ser på flere områder som sannsynlig har stor nytte av økt samarbeid på tvers av regioner, hvor spesialister på sykehus og i avtalepraksis må utfylle og samarbeide med hverandre enda bedre for pasientens beste. Det bør arbeides for å danne faste grupper som kontinuerlig lager nasjonale guidelines.

ØYEAVDELINGEN PÅ ST.OLAVS HOSPITAL TAR GREP ETTER 11 TILFELLER AV ENDOFTALMITT:

NÅ BLIR DET APOTEK-OPPTRUKNE SPRØYTER

Helsetilsynet anbefaler ferdig opptrukne sprøyter til intravitreale injeksjoner. Nei, sier de som ikke har hatt infeksjoner på avdelingen. Ja, sier de som har opplevd alvoret.

Tekst og foto: Lottelise Folge

St. Olavs hospital har hatt en formidabel økning i antallet injeksjoner – over 6000 i året. Men nå ser det ut til at det flater ut, sier øyelege Dordi Austeng som la frem sine erfaringer på Øyelegeforeningens høstmøte.

– Vi konkluderte med at vi ikke turte å la være, selv om det blir noe mer logistikk når et apotek skal gjøre det, sier øyelege Dordi Austeng ved øyeavdelingen på St.Olavs. Når et apotek skal gjøre det, må det leveres til rett tid – og det koster penger. Likevel fant man at det var mest forsvarlig å la apoteket ta over forberedelsene av injeksjonene, blant annet fordi opptrekkingsprosedyren er komplisert med mange ledd og sjanser for at det kan gå galt. – Da er det bedre at de gjør det på apoteket der de sterile prosedyrene er satt i system, mener Austeng.

> Vi stoppet opptrekking på avdelingen og bruker ferdige sprøyter fra apoteket (D.Austeng)

Kritisk gjennomgang

Hun forteller at det har hendt at pasienter får infeksjon i øyet etter injeksjon til tross for svært strenge hygieniske tiltak. – Da tror vi det kan være bakterier fra pasienten selv som kan ha fulgt med sprøytespissen.

Det er særlig skummelt med bakterier i øyet i denne sammenhengen fordi vi ikke har et tilfredsstillende immunapparat der, sier øyelegen.

Men da det oppsto 11 tilfeller av infeksjon i løpet av kort tid, skjønte sykehuset fort at det ble nødvendig med en kritisk gjennomgang av injeksjonsprosedyrene, samtidig som saken ble meldt til Helsetilsynet.

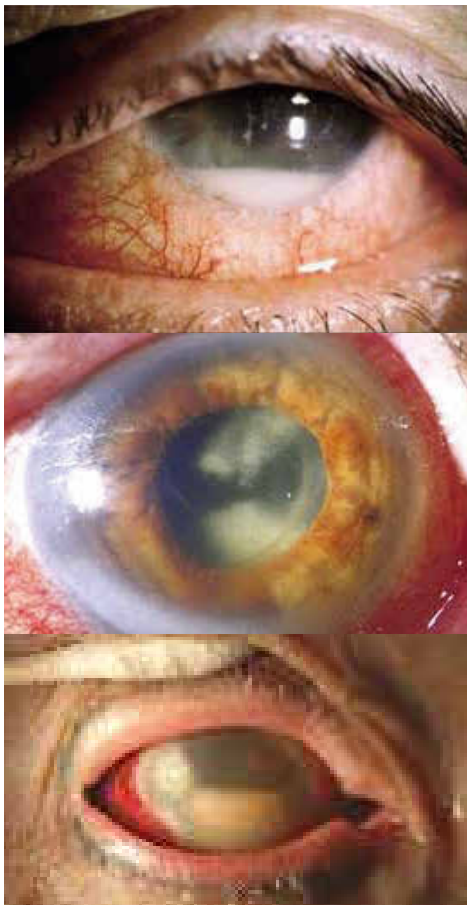
Ikke forsvarlig

Et team, med folk fra kvalitet – og sikkerhetsstaben, farmasøyt, smittevernlege, bioingeniør, leger og sykepleiere fra øyeavdelingen, gikk grundig til verks. Det ble tatt prøver av alt utstyr som ble brukt, som sprøyter og medisinglass. Det ble umiddelbart satt inn ekstra personale, alle pasientene ble kalt inn og to operasjonsstuer ble driftet hele helgen. Men det var vanskelig å finne en hovedgrunn til de 11 infiserte sprøytene. –Vi kunne ikke peke på én konkret årsak, men mange små svakheter, forklarer Austeng.

I september kom ”dommen” fra Helsetilsynet: *”Pasientene fikk ikke forsvarlig helsehjelp ved øyeavdelingen på St. Olavs da de fikk intravitreal injeksjon med Avastin som ledd i behandling av sin øyesykdom”.*

The devil is in the details

Det viktigste årsaken var nok , i følge Austeng, endringer i prosedyrene som de ikke helt hadde



Eksempler på øyne med endoftalmitt.

klart å kommunisere seg i mellom. Det hadde oppstått en situasjon der de ikke lengre fikk levert sprøytene de vanligvis brukte. De nye sprøytene viste seg å ha et tynnere format, noe som gjorde det vanskeligere å trekke opp injeksjonsvæsken. For å gjøre opptrekkingen enklere, ble det brukt en større sprøyte, så tok man ut stempelet på de små sprøytene og fordelte medisinen inn i hver sprøyte. Deretter ble stempelet satt på plass.– Å trekke opp så mye injeksjonsvæske i en sprøyte og fordele denne på 11 sprøyter skulle vært risikovurdert, sier Austeng, – det er prosedyre å vurdere

> ”Den viktigste årsaken til infeksjonen var nok endringer i prosedyrene som de ikke helt hadde klart å kommunisere seg i mellom (D.Austeng)

styrker og svakheter i en slik situasjon. Dette ble ikke gjort – antageligvis fordi situasjonen ble så akutt.

Mangelfull håndhygiene var også blant synderne. Ikke fordi personalet ikke vasket hendene, det gikk mer på mengden sprit og hvorvidt man lot spriten tørke og hvor ofte man spritet hendene.

Økonomi ”i bånn”

I sin rapport påpeker Helsetilsynet at pasientene har blitt påført alvorlig infeksjon fordi avdelingen ønsket å spare penger ved å bruke Avastin. Dette er et medikament som ikke er registrert til bruk ved intravitreale injeksjoner, men som man mener er tilstrekkelig godt dokumentert for bruk. *Et av hovedproblemene ved dette medikamentet er at fordi det ikke er registrert til bruk ved øyeinjeksjoner, blir det ikke levert i passende doseringer (vår utheving)*. Pakningen fordeles på flere pasienter og det er i denne prosessen kontamineringen har foregått, påpeker Helsetilsynet. De fremhever altså at pasientene har blitt påført alvorlig infeksjon i øyet fordi man ved avdelingen, av økonomiske årsaker, har benyttet en forpakning til flere pasienter.

Ikke alene

Det kan se ut til at teamet har lykkes i sin prosess med å finne ”synderne” i denne saken. – Men man kan aldri være helt trygg, sier Dordi Austeng. Hun forteller at de etter hvert har erfart at det er flere steder i landet – og i Sverige, som har hatt samme hendelse der prosedyren ved opptrekking av medikamentet var årsaken til infeksjonen. Også et sykehus i Florida hadde samme hendelse, men der var det apoteket som var synderen. Men akkurat den erfaringen fra Florida er ikke til hinder

> ”Dette lærer oss også hvor viktig det er at alle ledd i en prosedyre er grundig vurdert (D. Austeng)

for at sykehusene i Molde, Oslo, Trondheim og Stavanger benytter seg av ferdigopptrukne sprøyter. – Og jeg håper at flere kommer etter, avslutter Dordi Austeng.

Endoftalmitt er en svært alvorlig infeksjon i øyets hulrom. Infeksjonen kan skyldes bakterier, sopp og parasitter.
Tilstanden er sjelden, men den er svært fryktet ved spesielle situasjoner.
Dette gjelder særlig

- etter operasjoner i øyet
- etter skader der det er stukket hull i øyet
- som følge av spredning av mikroorganismer fra et annet sted, enten lokalt eller via blodet
- Kilde NHI

VIL HA OBLIGATORISK KURS I TAKSTBRUK

Takster er til for å hjelpe pasienten, pasienten er ikke til for at du skal ta takster. Det er en enkel måte å si det på, sier øyelege.

Tekst og foto: Lottelise Folge

Øyelege Truls Disen har i mange år interessert seg for, og engasjert seg i, riktig takstbruk blant avtalespesialister.

Spesialist i øyesykdommer Truls Disen tilhører gruppen avtalespesialister som i store deler av sitt yrkesaktive liv har vært over middels interessert i riktig takstbruk blant avtalespesialister – i særdeleshet hos sine kolleger i øyefaget. Og interessen har han brukt som en drivkraft for å få orden på takstbruk blant avtalespesialister. Han var blant initiativtagerne til aksjonen Riktig takstbruk på nittitallet og mener at det nå kanskje være på sin plass med en ny runde, denne gangen i form av et obligatorisk kurs.

> Holder vi obligatoriske kurs, slipper vi å få alle mulige forklaringer på hvorfor de har brukt gale takster (TD)

Nettbaserte kurs

Inspirert av et informativt foredrag holdt av samfunnsøkonom i Legeforeningen, Pål Alm-Kruse og takstekspert i HELFO Torill Nydal,

foreslår han nå å starte et nytt nettbasert kurs i takstbruk for dagens spesialister. Disen har uten tvil takstene under huden; han

> Det hører med til historien at gjennomsnittlig bruk av denne taksten på landsbasis på dette tidspunktet, var 22 %, men 8 øyeleger var oppe i et snitt på 75 % og dermed sprengte hele rammen (TD)

har sittet i retten som sakkyndig for RTV. Og ikke på legesiden, understreker han . – Etter 17 år i tariffutvalget hadde jeg jo en god del erfaring, smiler han. Han har vært konsulent for øyefaget i HELFO, der han hadde som oppgave å vurdere riktig takstbruk – da særlig blant øyeleger. Den gangen ble det blant annet en gang avdekket at 8 øyeleger hadde et formidabelt overforbruk av OCT-taksten. De åtte legene hadde over 4000 konsultasjoner per år og tok ut nesten 25 % av det totale takstvolumet. Det hører med til historien at gjennomsnittlig bruk av denne taksten på landsbasis på dette tidspunktet var 22 %, men disse legene var oppe i et snitt på 75% og dermed sprengte hele rammen.

Obligatorisk

Gjennom årene har Truls Disen merket seg at det ofte var dem som ikke kom på møter eller brydde seg om informasjon som ble gitt om takster, som oftest gjorde feil. – Og når de får spørsmål om takstbruken, gjemmer de seg bak at de er redde for å spørre, sier Disen. Derfor tar han til orde for et nettbasert, obligatorisk kurs i takstbruk som man må ha vært igjennom før man får anledning til å bruke HELFOs takster. – Det behøver ikke være en stor sak, sier Disen, men du skal ha lest gjennom takstinformasjoen og svart på en del spørsmål. Dermed er du godkjent for takstbruk og vi slipper å få spesialister med alle slags forklaringer på hvorfor de bruker de gale takstene, slår Disen fast. – Hvem skal står for kursingen?— Jeg tror HELFO gjerne ville være med på dette, sier Disen,

> Ofte var det dem som ikke brydde seg om informasjon, som gjorde feil. – Og når de fikk spørsmål om takstbruken, gjemte de seg bak at de var redde for å spørre(TD)

og så må naturligvis Legeforeningen være med på å arrangere det. Det skal ikke være vanskelig , men et enkelt, informativt kurs man tar hjemme på PCen. Disen forteller at det har vært saker der eksempelvis en lege en gang unnlot å ta en takst for en diagnose. Resultatet av dette ble at han tok nesten alle takster på hver eneste pasient for å sikre at han ikke skulle gå glipp av noe- og sånn kan vi ikke ha det, smiler en engasjert øyelege.

AVTALESPESIALISTER HELT UTEN KURSTILBUD

Avtalespesialistene må selv få definere behovene for hva et eventuelt takstkurs skal inneholde, sier Helfos takstekspert.

Selv om legene har plikt til å sette seg inn i regelverket, er det et komplisert system, med mange takster og et omfattende regelverk. Derfor er det viktig at de selv er med på å definere behovene for hva et eventuelt takstkurs skal inneholde, mener takstekspert i Helfo Torill Nydal. – Slik situasjonen er i dag, er det i praksis ingen opplæring om regelverk og takster for avtalespesialistene, sier hun og legger til at kurset må kombinere behovet hos avtalespesialistene og sammenstilles med det Helfo og Legeforeningen mener trengs av kunnskap. Hun foreslår at man finner en form på en spørreundersøkelse som kan gå ut til alle avtalespesialister. Nyland mener dessuten at bare det å sette fokus på temaet er med på å bevisstgjøre legene.

Høy terskel

I følge Nydal er terskelen for å spørre Helfo eller Legeforeningen litt for høy for noen og hun tror at et kurs muligens kan få flere til å forstå viktigheten av å

bruke takstene korrekt, samt sette fokus på riktig takstforståelse generelt.

– Det har vært avdekket «ekstremt" takstbruk enkelte år.

Vil et obligatorisk kurs kunne hjelpe/ bevisstgjøre denne gruppen?

– Det vil alltid være noen, i alle yrkesgrupper, som ikke ønsker å etterleve regelverket, enten fordi de er uenige i det, eller fordi de ønsker å tjene på å bruke takstene feil, svarer taksteksperten, og fortsetter: Avtale om direkte oppgjør er jo en avtale som er basert på tillit til at legene setter seg inn i regelverket og brukar takstene korrekt, jfr. det som står i Kollektivavtalen (avtale om direkte oppgjør), under legens plikter. Så litt avhengig av hva årsaken til den ekstreme takstbruken er, vil det nok virke inn på de fleste, men kanskje ikke alle. Disse få som ødelegger for kollegaer, er nok noe alle leger ønsker å sette fokus på og stoppe, mener Nydal.

Hvis et obligatorisk kurs er å gå «for langt»- hva skal da til for å nå alle dem som ikke bryr seg?

> Avtalen om direkte oppgjør er jo en avtale basert på tillit. Det betyr tillit til at legene setter seg inn i regelverket og bruker takstene korrekt (T.Nydal).

Om det ikke blir et obligatorisk kurs, så kanskje et frivillig kurs der legene blir oppfordret til å delta. – Kanskje kurset også kan holdes i samarbeid med RHF, som jo har ansvaret for driftstilskuddene, antyder Torill Nydal.

Allmennlegene ligger foran

Helfo har allerede obligatorisk nettkurs som spesialiserer seg i allmennmedisin (Grunnkurs A). Det finner du på Legeforeningens nettside under navnet Helfo.

– Helfo ønsker jo primært å bruke helfo.no som informasjonskanal, men der det blir snakk om et obligatorisk kurs, vil vi jo kunne lenke til helfo.no i et kurs også, slik vi gjør på kurset for fastlegene. Det vil bevisstgjøre legene om at de også kan søke annen informasjon enn det kurset gir på Helfos hjemmesider. Hvordan dette skal finansieres synes Nydal det er vanskelig å svare på og mener at det får Legeforeningen ta med Helfo hvis det skulle bli aktuelt å holde kurs sammen.

Samfunnsøkonom i Legeforeningen Pål Alm Kruse og takstekspert i Helfo Torill Nydal klarte igjen å engasjere tilhørerne i takstbruk under årets administrasjonskurs.

TAKSTKURS FOR AVTALESPESIALISTER KREVER "LITT MER"

Det mest ideelle ville være å holde egne kurs for hver enkelt spesialitet, mener samfunnsøkonom.

– Det som gjør at det er ekstra krevende med takstkurs for avtalespesialister er at de ulike spesialitetene bruker ulike takster, forklarer samfunnsøkonom i Legeforeningen Pål Alm-Kruse. Han mener at det ideelt sett bør være egne kurs for hver enkelt spesialitet og legger til at Legeforeningen selvsagt er positiv til tiltak som kan øke kunnskapsnivået om normaltariffen ytterligere. Samfunnsøkonomen forteller at de i dag bruker mye tid og ressurser på spørsmål om normaltariffen, og takstkurs for både allmennleger og avtalespesialister. – Det er klart det er mulig å holde et grunnkurs for avtalespesialister, skriver Alm-Kruse i en e-post, men legger til at han ikke tror det ville gi den dybden et fullverdig kurs kunne gi.

> "Et kurs hjelper ikke nødvendigvis på takstbruken til de svært få som bevisst misbruker takster(Pål Alm-Kruse)

Ikke hjemmel i regelverket

– Blir det for tvangsmessig å lage et obligatorisk kurs?

Et obligatorisk kurs vil i utgangspunktet ikke være så hensiktsmessig fordi kollektivavtalen mellom Helfo og Legeforeningen regulerer legenes ansvar for å tilegne seg kunnskap om normaltariffen. – Vi tror mange nye avtalespesialister aktivt søker informasjon om takster og vil være svært motivert for å gå gjennom et kurs i takstbruk uten at dette er obligatorisk. Alm-Kruse tror at også mange erfarne avtalespesialister vil være interessert i dette, men at det krever god informasjon. Det er heller ikke hjemmel til å ha et obligatorisk kurs i regelverket, skriver han og minner om at de på Administrasjonskurset i høst, viste til fastlegenes obligatoriske kurs, men hos dem dette lagt inn i spesialistutdanningen i allmennmedisin. – Spesialister i allmennmedisin har et krav om å resertifisere seg hvert femte år, det finnes ikke tilsvarende krav for øvrige spesialiteter, forklarer Alm-Kruse, men nevner at LIS i avtalepraksis muligens kan gi kommende avtalespesialister en introduksjon til takstbruk når dette er på plass.

> "Antageligvis er det flere som går glipp av takster på grunn av for lite kunnskap, enn det er avtale-spesialister som krever for mange takster(Pål Alm-Kruse)

– Kunne et slikt kurs bevisstgjøre den delen av avtalespesialistene som ikke engasjerer seg særlig i takst-problematikken på infomøter o.l?

–Det er grunn til å tro at det ville nå flere hvis det kunne gjennomføres når det passer for den enkelte og vil oppleves relevant for egen praksis, mener Alm-Kruse.

Går heller glipp av takster

– Vil et slikt tiltak kunne bedre «takstkulturen» generelt?

Vårt inntrykk er at avtalespesialistene som gruppe har en god takstkultur. Helfo ser de få som har avvikende takstkultur siden de velger ut nettopp den gruppen for kontroll, så det er mulig det kan oppleves annerledes der, men dette er ikke vårt inntrykk. Når det er sagt, er det sikkert noen som ville hatt nytte av mer kunnskap om normaltariffen da det antakeligvis er flere som går glipp av takster på grunn av for lite kunnskap, enn det er avtalespesialister som krever for mange takster, mener Alm-Kruse.

–Det har vært avdekket «ekstrem" takstbruk enkelte år. Vi skrev for noen år siden om 8 øyeleger som «ødela» for kollegene. Vil et obligatorisk kurs kunne hjelpe/bevisstgjøre denne gruppen?

Jeg tror ikke et kurs nødvendigvis hjelper på takstbruken til de svært få som bevisst misbruker takster. De som bruker takster feil fordi de misforstår takstene vil derimot kunne ha nytte av et kurs, avslutter Pål-Alm Kruse.

LEGGER FOR STOR VEKT PÅ NORMTALLENE

Normtallene for avtalespesialistene har blitt til normtroll, hevder erfaren øyelege. Han mener det aldri var hensikten at normtallene skulle tolkes så bokstavelig som de blir i dag.

Tekst og foto: Lottelise Folge

Øyelege Erik Widerøe har engasjert seg i hvordan avtalespesialistene blir målt i forhold til normtall.

Da normtallene dukket opp i Rammeavtalen mellom Legeforeningen og de regionale helseforetakene i 2006, ble det i utgangspunktet sagt at disse tallene var *beheftet med usikkerhet* og derfor skulle benyttes med varsomhet. – Det ble også foreslått at tallene skulle revideres, sier Erik Widerøe, øyelege i Tromsø. I følge ham var normtallene som ble satt den gangen, ikke utrykk for noen avtale i avtalerettslig forstand, men naturlig å legge til grunn som en del av en totalvurdering. Akkurat det poenget kan se ut til å ha blitt borte ettersom årene har gått.

Glemt historie?

Grunnlaget skal blant ha vært en spørreundersøkelse som ble sendt til et visst antall spesialister og som la grunnlaget for normtallene slik de ble satt opp. Normtallet blir beskrevet som et krav for akseptabel produksjon og effektiv drift. Erik Widerøe er kritisk til hvordan tallene blir brukt og er krystallklar på at normtallene man går ut ifra i dag, ikke er et mål på kvaliteten på praksisen, og han undrer seg over hvor vurderingen av kvalitet versus kvantitet er blitt av og hvorfor det ikke blir tatt hensyn til at praksisene har ulike profiler. For hans spesialitet er normtallet 3300 pasienter i året, det mener han kan være for mye for en del av kollegene.

Ugunstig på flere måter

– Det er viktig å ta mange andre parametere med i en vurdering av en god og effektiv spesialistpraksis, mener Widerøe. Han trekker frem antallet pasienter som ferdigbehandles og tilbakeføres til henviser, hvor mange konsultasjoner per pasient per år, antall nye henviste, venteliste og ventetid. Han legger også vekt på ventetid for avtalte kontroller og hvor mange henvisninger som blir returnert eller avvist på grunn av mangelfull henvisning. Widerøe mener at enkelte tar alle henvisninger, selv om øyespesialistene er pålagt å vurdere alle henvisninger ut ifra en lang liste med henvisningskriterier. – Hvis man ikke gjør det, sparer man mye arbeid og slipper å bruke, noen ganger, så mye som 8-10 timer i uken på det. Tar man med alle, blir det en ekstrakostnad for samfunnet. Mange sier at de bruker ikke tid på det- de bare tar i mot. Og det mener jeg er feil. Særlig i Nord-Norge der det er lange reiseavstander, forklarer Widerøe.

Mange nyhenviste

Øyelegen mener at disse punktene viser at normtallet alene ikke kan legges til grunn når praksisen skal "måles", ikke minst om man vil unngå unødige kontroller og avslutte behandlinger. Selv har Widerøe kuttet mye i rutinekontroller og har nå 64 % nyhenviste pasienter i året.
Han er helt sikker på at behovet for flere øyeleger ville synke kraftig hvis det ble bedre rutiner rundt kontroller av øyepasientene.
Erik Widerøe ser samtidig at det kan være en sammenheng mellom det store antallet av det han mener er unødvendige rutinekontroller

hos øyelege og kravet om et oppnådd normtall på 3300 pasienter i året.

Mister driftstilskudd

Erik Widerøe er opprørt over at hans fagkolleger som ikke når antallet på 3300 risikerer å miste tilsvarende i driftstilskudd. Slik det er nå kan altså driftstilskuddet kuttes når normtallet ikke nås – og i den nyeste rammeavtalen er det gitt anledning til å be om en forklaring når antallet pasienter overstiger normtallet. Widerøe mener at dette er nok et eksempel på at byråkratenes eneste fokus er volum og at legens er kvalitet. Han minner også om henstillingen som kom som en protokolltilførsel i siste rammeavtale; nemlig at hvis RHF ´ene var interessert i å vurdere hvorvidt en spesialistpraksis drives effektivt burde de heller fokusere på de praksisene som har pasienttall som ligger 2-3 ganger høyere enn normtallet.

Øyelege Erik Widerøe kuttet mye i rutinekontroller og har nå 64 % nyhenviste pasienter i året.

FOR MANGE RUTINEKONTROLLER GIR LENGRE KØER

Noen øyeleger tar med seg kontrollrutiner fra sin tid på sykehus, hevder Erik Widerøe. Han mener at alle ville være tjent med at det ble utført færre rutinekontroller. Mange kontroller på kronikere er nødvendige, mener andre øyeleger.

Vi har mange pasienter med diabetes som går til kontroll hos oss – noen en gang i året hvis de har forandringer – hvis ikke , kanskje hvert annet år. Da sjekker vi for katarakt og måler trykk, sier Faranak Asadi og Signe Eriksen.

I dag finnes det øyeleger som har 9000 pasienter – eller flere i året. Og det er ikke nødvendigvis noe galt i det, for hvis øyespesialisten har ansatt hjelpepersonell som gjør mye av målingene får man sett langt flere pasienter. Det blir

> ”Mange av våre pasienter er kronikere som vi ikke blir ferdige med (Faranak Asadi).

hevdet at leger i spesialisering etablerer ”kontrollvaner” mens de er på sykehus, vaner de tar med seg ut i avtalepraksis. Hadde de hatt bedre ”kontrollvaner, kunne tilgjengeligheten hos øyelegene vært bedre.

– Leger som er i spesialisering skal kontrollere pasientene hyppig- det er en del av utdannelsen, sier Signe Eriksen. Hun kan godt være med på at noen spesialister tar med seg vanen ut av sykehuset, men sier at det burde ikke være nødvendig fordi en avtalespesialist følger de samme pasientene ved alle kontroller og har dermed et bedre grunnlag for å avslutte i tide.

> Leger i spesialisering *skal* kontrollere pasientene hyppig – det er en del av utdannelsen (Signe Eriksen)

Kronikere må bli "kroniske"

– Kunne man tanke seg at ventelistene hos avtalespesialistene kunne bli kortere hvis en del øyeleger faktisk "stoppet i tide"? – Ja, sier Eriksen, det kan selvsagt gjelde noen, men, legger kollega Faranak Asadi til : –mange av våre pasienter er kronikere vi ikke blir ferdige med. Og hun bruker glaukompasientene som ikke kan sendes verken til fastlege eller optiker, som et eksempel. I følge Asadi er tilstanden hos noen av dem så alvorlig at de må sjekkes så ofte som hver fjerde måned. For andre kan en gang i året være tilstrekkelig. Hun fortsetter med eksempler på pasienter med diabetes, barn med strabisme eller AMD. – Dette er pasienter man ikke kan avvise eller "sette bort" sier Faranak Asadi. De to er enige om at øyefaget er preget av mange kroniske tilstander som krever oppfølging over tid. Signe Eriksen legger til at hun har et kontrollsystem som skal gi pasienten trygghet for at de kalles inn i tide og ikke skal behøve henvisning fra fastlege selv om akkurat det hadde pyntet på hennes statistikk og inntekt.

SKREDDERSYDD PRAKSIS GIR HØY EFFEKTIVITET

Øyelege Tina Dale Brauti fikk ideen da hun var på kongress i USA for noen år siden. Der traff hun på en arkitekt som kun jobbet med design av øyelegesentre. Hun bestemte seg for å se nærmere på saken.

Hun skulle inn i nye lokaler og begynte med å sende arkitekten tegninger av etasjen hun disponerte. Hun fulgte opp med å dra til USA, befare 5 ulike klinikker og snakke med dem som jobbet der om hva som fungerte, hva som ikke gjorde det– og hvorfor.– *Kunne du egentlig bruke noe særlig at den amerikanske måten å jobbe på og tenke innredning?*

Ja, mener Brauti selv om øyeleger i USA ofte har knyttet til seg mange optikere. Hun, som jobber i solopraksis, har tilpasset innredningen norske forhold.

It´s all about the flow

I første runde ble hele etasjen hennes strippet og bygget opp fra grunnen av. Det handler om å spare tid og jobbe effektivt og dermed få tid til mer. – Arkitekten fra USA var opptatt av det han kalte "flow"- flyt rett og slett, forklarer

Tina Dale Brauti har nå ansatt to optikere som tar all testing. Det gir henne anledning til å holde fullt medisinsk fokus.

Brauti. Det har resultert i flere kontorer: De to optikerne hun har ansatt, har eget kontor og undersøkelsesapparatene er i hvert sitt rom. Det er en tanke bak hvordan rommene er plassert – det skal ikke være langt å gå og undersøkelsesrommene skal ikke være opptatt. – Å bruke tid og penger på dette har bidratt mye til en bedre og effektiv arbeidsdag, mener Brauti. Det går ikke minst på kvaliteten på arbeidsdagen.

God opplæring – færre kontroller

Tina Dale Brauti, som har en fortid på *medisinsk retina* på Ullevål, begynte i avtalepraksis med å utføre alle oppgavene selv. Hun skjønte etter hvert at det ikke var noen god ide og ansatte først en optiker som avlaster henne med alt av testing, noe som ga henne mulighet til å fokusere mer på det medisinske – det hun kan. Hun legger vekt på opplæring av pasienter og gir et eksempel som tørrforkalkninger. – Der lærer jeg pasientene om hvordan de skal holde over ett og ett øye… så ringer de meg hvis/når det skjer noe, forklarer Brauti. Instruksjon av pasienter er også med på å holde antallet kontroller nede, konstaterer hun.

Hun er mer fornøyd med det faglige arbeidet hun har utført nå når hun går hjem fra jobb. – Jobber du effektivt og kan ta to ekstra pasienter om dagen fordi du utnytter lokalene bedre er det jo vel verdt det, sier Tina Dale Brauti. Hun legger til at hun har en klar opplevelse av at pasientene har det bedre – også ved at de har vært innom optiker først – der får de i tillegg til testing, tid og anledning til spørsmål om, og tilpassing av briller, avslutter hun.

At pasientene er innom optiker før de kommer til henne, gir dem også mulighet til spørsmål om briller og tilpasning, mener Brauti.

ØYELEGENES HØSTMØTE

TO PIONERER HEDRET MED MINNEMEDALJER

I god oftalmologisk tradisjon ble det også i år utdelt priser og stipender på øyelegenes høstmøte på Soria Moria. To professorer sto i sentrum.

Tekst og foto: Lottelise Folge

Utdelingen av Hjalmar August Schiøtz minnemedalje fra Øyelegeforeningens leder Bente Haughom, til de to professorene Emilia Kerty og Anna Midelfart var svært populær.

Til kraftig og vedvarende applaus ble Hjalmar August Schøitzs minnemedalje i år "delt" mellom to helt spesielle kvinner i øyefaget, professor Emilia Kerty som også er nevrolog, og professor Anna Midelfart , også utdannet NTH-ingeniør.

De to professorene ble tildelt medaljer for fremragende vitenskapelig arbeid og for fremme av oftalmologien nasjonalt og internasjonalt. De to er fremdeles aktive i jobben.

Hjalmar August Schiøtz' minnemedalje skal deles ut til personer som har utmerket seg spesielt innen øyefaget. I statuttene kan vi lese at den tildeles en person som har ytt en verdifull innsats for å fremme oftalmologien og Norsk oftalmologisk forening. I fjor var det Albert Kolstad som ble hedret med minnemedaljen.

Mange roller

Leder i Øyelegeforeningen Bente Haughom sa i sin tale til de to professorene at de begge over mange år har bidratt med fremragende forskning på øyesykdommer og vært sentrale skikkelser innen klinisk og akademisk oftalmologi i Norge. Anna Midelfart utdannet seg først til sivilingeniør på NTH og tok senere medisinsk embetseksamen. I 1996 ble hun den første kvinnelige professor i øyesykdommer i Norge, og siden har hun bygget opp sin forskningsgruppe på NTNU og – publisert fremragende forskningsbidrag – særlig innen refraksjonsanomalier og kliniske studier innen ulike øyesykdommer, sa Haughom som også nevnte hennes arbeid med metabonomics, studien av metabolske prosesser i øyet med bruk av NMR-spektroskopi. Anna Midelfart har veiledet mange dr.gradsstipendiater og har 77 publikasjoner i Pub. Med. Hun har også vært prodekan på det medisinske fakultet ved NTNU.

Pionér på sitt felt

Emilia Kerty var den første i Norge med dobbelt spesialitet i øyesykdommer og nevrologi.

– Som seksjonsoverlege og professor på nevrologisk avdeling på Rikshospitalet har hun vært toneangivende i Norge innen feltet nevro-oftalmologi, sa Bente Haughom i sin presentasjon av Kerty. Hun fikk også ros for fremragende forskning innen en rekke tilstander på områder som myastenia gravis, idiopatisk intrakraniell hypertensjon og okulære tilstander som skyldes cerebrovaskulære forhold og for retningslinjer for behandling av okulær myasteni. Emilia Kerty var også den i Norge som startet behandling med botulinum-toksin for dystonier (og som har forandret livet til mange pasienter red.anm.). Hun har veiledet mange dr. gradsstipendiater og har per dato

Begge prisvinnerne, professor Emilia Kerty og professor Anna Midelfart er fremdeles faglige aktive og begge ansees å ha bidratt betydelig til fremragende forskning på sine områder.

89 publikasjoner i Pub. Med. – Hun har i flere tiår vært et naturlig førstevalg når man skal få råd vedrørende kompliserte problemstillinger innen nevro-oftalmologi, sa Bente Haughom.

Flere vinnere

Det var Alexander Thrane som stakk av med den største gevinsten på årets høstmøte. Han kunne gå ned fra scenen nøyaktig 517.500 kroner rikere. Og det var styret i Glaukomforskningsstiftelsen som hadde valgt Thrane til sin største stipendmottager for å jobbe med prosjektet *Novel pathways for fluid transport in the eye*. Alexander Thrane (f. 1984) er konstituert overlege ved Øyeavdelingen, Haukeland universitetssykehus. Det var flere forskere som fikk tildelt stipender på 10000 kroner. En av dem var Erlend Christoffer Sommer Landsend, som denne gangen fikk bidrag til en dybdestudie på *dry eye disease in a norwegian cohort of congenital aniridia*. Sommer Landsend er overlege på Øyeavdelingen, OUS.

Det var ingen ubetydelig sum Alexander Thrane ble tildelt til sin forskning på : Novel pathways for fluid transport in the eye.

Alle monner drar... Erlend Christoffer Sommer Landsend fikk tildelt 10.000 kroner til dybdeforskning på "dry eyes".

VALGTE AVTALEPRAKSIS FORAN SYKEHUS

INGEN VEI TILBAKE – EGENTLIG

Hun gikk mange runder med seg selv før hun sluttet som sykehuslege til fordel for avtalepraksis.

Tekst og foto: Lottelise Folge

Pia Wadel-Andersen fortalte kolleger om livet som avtalespesialist på øyelegenes høstmøte på Soria Moria.

Større forutsigbarhet og frihet, er viktige årsaker til at noen leger velger å gi opp jobben som sykehusleger til fordel for avtalepraksis. – Men man har en følelse av at når man først er ute, er veien tilbake ganske lang, sier øyelege i Bergen Pia Wadel-Andersen. Hun mener at lønn også kan være en motivasjonsfaktor, men det er ingen tvil om at jobben som avtalespesialist krever lange dager og mye arbeid, for utgiftene er store, understreker hun. – Jeg har lært meg at avtalepraksis er noe helt annet enn å komme sent og gå tidlig, men det er godt å slippe vaktbelastning når man har familie.

Da er avtalepraksis tross alt mer forutsigbar. Du vet at du har helgefri og kan feire jul og påske med familien, slår hun fast og legger til at et annet perspektiv er gründerdelen av avtalepraksis, – å bygge opp noe og være med på å skape noe som gjør en bundet til jobben fordi man legger igjen så mye av seg selv.

> ”Det er fullt mulig å drive helprivat som øyelege også uten å være del av en større bedrift.

Kikket i kortene

– En driftsavtale gir økonomisk trygghet og fulle lister, i motsetning til i helprivat drift der det kan det være dager og tider på året som går tregt, sa Pia Wadel-Andersen da hun fortalte om sine erfaringer fra helprivat– og avtalepraksis på øyelegenes høstmøte. Men driftsavtale innebærer også at man blir ”kikket i kortene”. Det betyr normtall, rapporteringer og endringer i pensjonen. Og tar man ikke inn nok pasienter, kan man miste driftstilskudd. En del av ”pakka” nå er også de formelle skriftlige avtalene alle avtalespesialister skal ha med ”sitt” sykehus. Wadel-Andersen minnet også forsamlingen om at søknadsprosessen til hjemler er offentlig. Søker du en hjemmel du ikke får, er det ikke alle arbeidsgivere som synes det er like greit at du har søkt deg vekk, antydet Wadel-Andersen. Og det er ansiennitet og kompetanse som vektlegges, ingen arver hjemler. En praksis må kjøpes, den gis ikke vekk, og det er ofte en høy pris. Goodwill og utstyr har også en prislapp, men den klart største fordelen med å kjøpe en eksisterende praksis er at den er innarbeidet og ofte veldrevet fra før.

> ”Pasientgruppen er annerledes sammensatt og langt mer variert enn på sykehus.

– Er man heldig å ha en senior som kan hjelpe deg og raskt setter deg inn i driften, er det det aller beste. Og husk at får du en nyopprettet hjemmel, er det tomme lister og du er helt uten utstyr. Vær tålmodig, tenk langsiktig og invester i skikkelig utstyr. Tenk

også over hvordan du vil jobbe – solo- eller i et fellesskap, rådet Wadel-Andersen. Hun anbefalte også gode informasjonslenker på Legeforeningens hjemmesider og passet på å understreke at noe av det viktigste i hele prosessen med å få det til i en praksis utenfor sykehus, er å få med seg gode folk. For noen kan det bli en utfordring når man "arver" personale, antydet hun.
– Så da blir spørsmålet, smilte øyelegen skal du kjøpe en praksis eller håpe på å vinne i hjemmel-lotto?

Ingen brobrenning

Da hun bestemte seg for å forlate sykehuset hadde hun ikke avtalehjemmel, men gikk rett ut i helprivat praksis. Og da hun fikk hjemmelen var det nesten som å vinne i lotteriet, spøker Pia. Samtidig holder hun fast ved hun hvor viktig det er å holde kontakt med sin gamle arbeidsplass, med venner og kolleger og ikke brenne broer.
– Faglig utveksling er svært verdifullt og det går begge veier, understreker hun.

Større pasientspenn

Når man jobber på store sykehus sitter man gjerne på en cornea– eller glaukom-poliklinikk, og man vet stort sett hva man har i vente.
I en avtalepraksis, og kanskje enda mer i en helprivat praksis er situasjonen en helt annen. Pasientgruppen er annerledes sammensatt og langt mer variert enn på sykehus.
En motivasjon til å forlate sykehus kan være både at man ikke får jobbe med noe av det man gjerne vil jobbe med, eller interesserer seg for. Wadel-Andersen legger heller ikke skjul på at ikke alle passer inn i et stort system. Noen blir lei byråkratiet på sykehus der mer og mer tid går med til administrasjon og stadig mindre tid til pasienter. Hun nevner at konflikt på arbeidsplassen også kan være en motivasjon for noen.

> "Noen blir lei byråkratiet på sykehus der mer og mer tid går med til administrasjon og stadig mindre tid til pasienter.

Fullt mulig å drive helprivat

Det er fullt mulig å drive helprivat som øyelege også uten å være del av en større bedrift, sier Wadel-Andersen. Blant tipsene hennes er å avklare næringsgrunnlaget; hvor lange køene er hos spesialistene i omegn. Lange køer betyr ofte at folk er villige til å betale for å komme raskt til øyelege.
Nå jobber hun sammen med en helprivat kollega og i praksis betyr det at når køene er svært lange, informerer de om sin helprivate kollega som et eventuelt alternativ.
En annen bonus ved å være flere dreier seg om muligheten for vikar ved sykdom og annet fravær.

GODE KOLLEGER OG VENNER – EN BERIKELSE BÅDE PÅ JOBB OG I FRITIDEN

Birgit Grini Axe og Pia Wadel-Andersen var sykehuskolleger og gode venner. Og begge hadde de et ønske om å se pasienter på et lavere omsorgsnivå.

Sammen tok de det store steget ut i helprivat praksis før de begge litt etter hverandre fikk hver sin avtalehjemmel. De to er "sisters in arms" – gode venninner privat og selv om de har praksis i hver sin bydel, har Birgit sin operasjonspraksis i lokalene til Pia to dager i uken. Dette har også gitt dem mulighet til å ha en felles dag der de tar seg spesielt av barn i samarbeid med en ortoptist. – Jeg taper for så vidt på å jobbe på to steder, men for meg handler det rett og slett om kvalitet og livslykke, sier Birgit Grini Axe, – og det gir også en mulighet for faglig utvikling, legger hun til.

Faglig statusfall?

Mange sykehusleger gir unektelig inntrykk av en viss avstand til "dem der ute". Legekunsten har snakket med mange avtalespesialister opp gjennom årene som bekrefter det; at man ikke oppleves som like faglig oppdatert til tross for at mange har vært på sykehus i årevis før

man går over i rollen som avtalespesialist. Noen hevder at holdningene fra noen kolleger oppstår fordi sykehuskollegene mener at man har kommersialisert legegjerningen. Det må samtidig sies at dette selvsagt ikke gjelder alle. Mange avtalespesialister har et utmerket faglig samarbeid med "sine" sykehus og opplever ingen "diskriminering".

> Noen hevder at enkeltes holdninger til avtalespesialistene oppstår fordi sykehuskollegene mener at man har *kommersialisert* legegjerningen.

LIS i avtalepraksis

Kollegene Grini Axe og Wadel-Andersen er skjønt enige om at det bør være LIS-ordning i avtalepraksis. – Det er full fres , mange vanskelige, og absolutt alle typer problemstillinger og pasienter, sier Birgit. Selv ante hun ikke hva avtalepraksis innebar og hun tror heller ikke mange av sykehuskollegene gjør det. Man bør komme seg ut slik at man vet hva man snakker om, ler hun. Samtidig ser hun at det kan være en utfordring å få det til. Hun mener forutsigbarhet er essensielt og at det heller ikke bør være en prøveordning som skal tas vekk. Krevende? Kanskje, men superviktig, sier Birgit Grini Axe.

> Jeg taper for så vidt på å jobbe på to steder, men for meg handler det rett og slett om kvalitet og livslykke.

"Sisters in arms", Pia Wadel-Andersen og Birgit Grini Axe. Begge har byttet ut sykehuskorridorene med egen avtalepraksis.

KRYSTALLSYKEN – EN INNBRINGENDE DIAGNOSE?

Det er fagmiljøer som mener at det er en viss overhyppighet i diagnostikken av krystallsyke (BPPV). Enkelte hevder også at det finnes økonomiske interesser i å sette diagnosen.

Tekst og foto: Lottelise Folge

Øre-nese-halsspesialist og dr. med. Karl Fredrik Nordfalk er forsiktig med å uttale seg om hvorvidt det er en overdiagnostikk av krystallsyke pasienter i Norge i dag, men på et fagmøte i Drammen der han foreleste om krystallsyke (BPPV-benign paroksysmal posisjonsvertigo) for ønh-spesialister , var det flere som konstaterte at denne lidelsen har seilt opp og blitt en av de nye "folkesykdommene". Selv startet Nordfalk en klinikk for behandling av krystallsyke i september i fjor. Da kom han rett fra Rikshospitalet og inn som avtalespesialist i Oslo sentrum.

Svimle til alle tider

Da Legekunsten møtte ham , hadde han allerede behandlet 600 pasienter i løpet av et halvt år. Nordfalk mener at det kan være flere årsaker til at krystallsyke seiler opp som en av de nye folkesykdommene, men at to grunner peker seg særlig ut. – Folk har vært svimle til alle tider, men vi har ikke hatt gode nok diagnostiske metoder, sier ønh-spesialisten. Det har vi nå, og dermed har behandlerne blitt flinkere til å stille korrekt diagnose. Noen mener at den andre årsaken til at "alle" får krystallsyke kan være at det er en viss form for overdiagnostikk av sykdommen i noen miljøer. Nordfalk antyder at det nok kan skje at hvis pasienten opplever svimmelhet i enkelte posisjoner og man ikke har sett noe på øynene,

Folk har vært svimle til alle tider, men vi har ikke hatt gode nok diagnostiske metoder, sier avtalespesialist, PH.D, Karl Fredrik Nordfalk. Han mener det nå er langt lettere å skille krystallsyke fra andre svimmelhetstilstander.

blir det likevel tolket som krystallsyke. – Hvis man bøyer nakken på pasientene langt bakover, opplever de ubehag, men det trenger ikke være krystallsyke, sier han og forklarer at man også kan komme over tilfeller av spontan nystagmus som ikke bytter retning, men som likevel i mange tilfeller har blitt tolket som krystallsyke.

Mange har krystallsyke

I dag regner man med at rundt 80000 nordmenn lider av krystallsyke.

Nordfalk driver med avansert behandling av krystallsyke på lik linje med et par andre klinikker i Oslo-regionen. Selv startet han i september i fjor midt i tjukkeste sentrum og har nok å gjøre, så mye, at han anbefaler kollegene han foreleser for å henvise også til de andre klinikkene- der det er svært kompetente behandlere, legger han til . Han er dessuten overbevist om at behandling av krystallsyke egner seg svært godt for avtalepraksis. – driften blir mer effektiv, med mye større mulighet

til å behandle flere pasienter – og raskere. Og siden han begynte i september 2016 har han hatt om lag 5 henviste pasienter hver dag. Av disse pasientene har opp mot 60 % krystallsyke, i følge Karl Fredrik Nordfalk.

Ikke noe medikamentelt tilbud

Det finnes ingen medikamenter som har effekt på krystallsyke, men kvalmestillende kan være til hjelp for noen pasienter og for de tilfellene med tilleggsproblemer som PPPD, kan Cipralex og Effexor være til hjelp, mener Nordfalk. Den virker på det han beskriver som den overkompenseringen som noen av disse pasientene får.

Hvorfor løsner krystallene?

Øynene henter informasjon fra balansesystemet for å holde fokus (via lillehjernen). Får de feilaktig informasjon fra systemet, tror øynene at man beveger seg og flytter seg derfor i retningen de tror vil få deg til å se bedre. Krystallene i balanseorganet fungerer som et lodd som sitter på sanseceller og registrerer akselerasjon. Krystallsyke oppstår når krystaller forflytter seg ut i buegangene. – Krystaller omdannes hele tiden, og er det løse krystaller rundt originalstenene, så reabsorberes de sannsynligvis uten at det skjer noe mer. – Men ved spesielle bevegelser kan krystallene løsne og forflytte seg, noe som forårsaker svimmelhet, forklarer Nordfalk. Observasjon av nystagmus er det mest sentrale i diagnosen av krystallsyke.

Haukeland "rydder opp"

Nasjonal kompetansetjeneste for vestibulare sykdommer på Haukeland har forsøkt å rydde opp i "forvirringen" rundt diagnostikken av krystallsyke og har innført retningslinjer for hvilke funn som må være tilstede for korrekt diagnose.

– Dette er tydelige kriterier som i hovedtrekk går ut på at for å stille diagnosen, skal det foreligge mer enn fem krystallspesifikke nystagmusbevegelser i hver posisjon. Disse er nøye beskrevet i retningslinjene, sier Nordfalk som følger retningslinjene til enhver tid. Han opplyser at kompetansetjenesten holder kurs for leger og andre helsearbeidere for å spre kunnskap om retningslinjene.

Det forskes på krystallsyke og ønh-spesialisten forteller at det viktigste funnet i et av forskningsarbeidene som er ferdigstilt, er at styrken på nystagmusen ikke korrelerer med pasientens symptomer.

NOEN FAKTA OM BPPV:

Den vanligste typen er BPPV i bakre buegang. Symptomene er svimmelhet med en varighet av 20-30 sekunder når pasienten bøyer langt bakover, her er behandlingen enkel og effektiv med Epleys manøver. 90 prosent av pasientene opplever bedring, men 30–50 prosent får residiv innen det første året og mange pasienter opplever også ustøhet etter behandlingen. Nyere studier har vist at BPPV i den laterale buegangen forekommer oftere enn tidligere observert med en forekomst på mellom 17 og 41 %. Symptomene er langt mer uspesifikke og ses gjerne med ustøhet ved gange , en følelse av "sirup" i hodet, tåkesyn og ønske om å sove bare på den ene siden, da den andre utløser svimmelhet. Dotter i øret og en form for tinnitus forekommer også. BPPV i superiore buegang forekommer også, men har langt mer uspesifikke symptomer. Pasienten blir uvel når hodet bøyes fremover, nautisk svimmelhet, uavhengig av bevegelser og gynger svakt både i sittende og liggende stilling.
Kilde: KF Nordfalk

Årsaken til krystallsyke er i de fleste tilfeller ukjent, men hodetraume, sykdommer i indre øre som vestibularisnevritt, Mb.Ménières , tannlegebehandling eller ørekirurgi med boring, kan være utløsende faktorer. Om lag 8 % av pasientene som får operert inn cochleaimplantat får BPPV det første året etter operasjon. Har pasienten migrene er sjansen to ganger større for å få BPPV. Forekommer i alle aldre, men 65 % av pasientene er kvinner.
Kilde KF Nordfalk

En stor fordel med TRV-stolen er at man kan undersøke eldre pasienter og pasienter med nakkeproblemer optimalt, ifølge ønh-spesialist Nordfalk. Det betyr at provokasjonstestene kan utføres raskere og i mer krevende posisjoner. TRV-stolen er konstruert for å diagnostisere og behandle BPPV (benign paroksysmal posisjonsvertigo). På grunn av den presise balansen i stolen, kan behandler flytte pasienten i tredimensjonale bevegelser og beholde pasienten i enhver ønsket posisjon for detaljert å kunne eksaminere ethvert område i det vestibulære systemet.

ØNSKER FLERE HJEMLER I FYSIKALSK MEDISIN, MEN VIL IKKE HA EN SELV!

Etter å ha sett behovet over mange år, tar fysikalsk medisiner Kåre Ulevåg nok en gang til orde for flere hjemler i hans spesialitet. Og denne gangen er det ikke bare egen erfaring som har fått ham til å kontakte myndighetene. For nå ønsker fastlegene i Helse Sør-Øst flere fysikalsk medisinere de kan henvise til.

Tekst og foto: Lottelise Folge

Fysikalsk medisiner Kåre Ulevåg er på mange måter mer enn godt fornøyd med å være helprivat, men har et sterkt engasjement for flere hjemler i sin spesialitet.

Spesialister i fysikalsk medisin i Norge har aldri vært prioritert når hjemmelkabalen skulle legges. Og ikke overraskende finnes det, i følge nettsiden helsenorge.no kun tre avtalehjemler for fysikalsk medisin i hele landet. En av dem innehar Lars Kolsrud i Oslo og to finner vi i Sogn og Fjordane (Eirik Fismen og Geir Kittang i henholdsvis Askvoll og Florø). – Det totale fagmiljøet er heller ikke stort, sier den helprivate fysikalskmedisineren Kåre Ulevåg i Tvedestrand, – når vi har vårt årlige høstmøte er det omtrent på størrelse med et morgenmøte på ortopeden på Ullevål, smiler han. Hvorfor det er slik, har spesialisten ingen forklaring på.

> ”Behovet for medisinske diagnoser på området muskel/skjelettlidelser er stort (KU)

Et lite rop om hjelp

Han har jobbet helprivat siden 2004 , og har tre ganger sendt brev til Helseregionen om behovet for en hjemmel i fysikalsk medisin,

> På høstmøtet vårt er det kanskje like mange deltagere fra hele landet som på et morgenmøte på ortopeden Ullevål (KU).

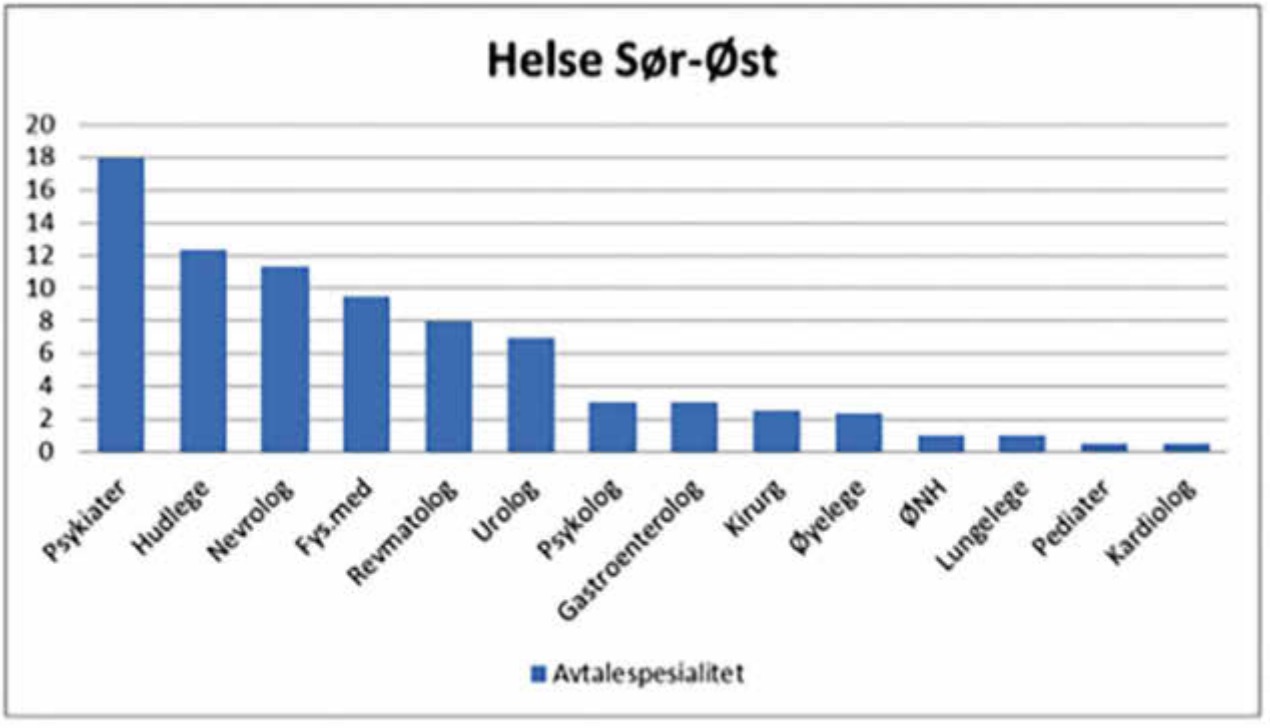
uten at det har gitt andre resultater enn et svar om at det ikke finnes hjemler. For Ulevåg er henvendelsene til HSØ ikke et forsøk på "å be for sin syke mor", for selv er han ikke spesielt opptatt av å bli avtalespesialist. Det er han redd lett kunne bli ekstremt krevende fordi bare en hjemmel ville føre til et "ras" av pasienter som ikke kunne dekkes med bare en hjemmel. For ham har det vært viktigst å gjøre Helse Sør-Øst oppmerksom på behovet . – For det er der, understreker han. Nå søker mange pasienter som først burde fått en medisinsk vurdering, andre behandlere blant annet fordi de ikke er klar over – eller kanskje bevisste på, de faglige ulikhetene. Det koster selvsagt mer å gå til en helprivat lege , men Ulevåg tror også at det kan være en positiv side ved kostnaden for pasienten. Han opplever nemlig svært motiverte pasienter som bruker tiden godt og følger behandlingen han har gitt dem- rett og slett god compliance med andre ord, antyder Ulevåg.

40 % av pasientene

Behovet for medisinske diagnoser på området er stort og Ulevåg antyder at flere enn en hjemmel ville være en god investering i friskere pasienter på sikt. Slik situasjonen er nå er det psykiatri og lidelser i bevegelsesapparatet som er de mest kostbare områdene for norsk økonomi. Antallet personer som er uføretrygdet på grunn av plager i muskel - og skjelett er påfallende stort i landet vårt, skriver Ulevåg i sitt siste brev til HSØ: Flere spesialister ville selvsagt bli dyrere for Helseregionen, isolert sett, men Ulevåg mener at HELFO derimot, vil merke færre utbetalinger. For han er bomsikker på at det vil bli færre uføretrygdede pasienter hvis medisinere hadde fått følge opp denne store pasientgruppen. I dag utgjør muskler og skjelettlidelser 40 % av sykdombildet i Norge i dag og koster samfunnet rundt 80 milliarder i året.

Best på diagnostikk

Dessverre er det mange pasienter som ikke blir godt nok medisinsk håndtert. Så sent som samme dag Legekunsten besøkte Kåre Ulevågs praksis i Tvedestrand, hadde han hatt en pasient med artrose i skulderleddet. Denne pasienten hadde blitt undersøkt av tre behandlere som var skjønt enige om at trykkbølgebehandling var tingen . Det viste seg å være så smertefullt at pasienten selv skjønte at det ikke kunne være riktig, og oppsøkte Ulevåg. Fysikalskmedisineren på sin side nøyer



En samlet oversikt over ønskene fra PKO-lederne i de åtte sykehusområdene i Helse Sør-Øst.

seg med å konstatere at denne behandlingen er kontraindisert ved artrose. Han ønsker ikke å kritisere andre yrkesgrupper, men han er opptatt av det blir utført kvalitetssikring av diverse yrkesgrupper som tilbyr behandling.

Akilles med 7 ulike diagnoser

– Aldersforandringer i skjelettet ser vi helt ned i 15-årsalder, forklarer Ulevåg, men det som er viktig når man skal stille en diagnose, er at vi faktisk vet hva vi ser, hva som er vesentlig, hvilken betydning det har, hva som kan gjøres noe med og hvordan. anamnese , sykehistorie og klinisk undersøkelse; det er diagnosen. Deretter bruker vi bildediagnostikk for å se hvordan diagnosen ser ut. Vi vet hva vi ser etter og vet også at bifunn kan dukke opp, og da er det viktig å vite hvilke funn som har betydning. Og det er nok der det glipper for en del andre yrkesgrupper, mener Ulevåg. Det er like viktig å avklare hva man faktisk ser som å finne ut hvordan diagnosen ”ser ut”. Og her er det han mener at en solid medisinsk bakgrunn er helt nødvendig – husk at bare i Akillessenen er det 7 ulike diagnoser, smiler han.

Fastlegene vil ha fys.medisinere

Da Helse Sør-Øst fikk undersøkt behov og ønsker om spesialister fra fastlegene ved årsskiftet, viste det seg at fysikalsk medisinerne kom på en fjerde plass etter psykiatere på førsteplass deretter hudlege og nevrolog, og foran revmatolog, urolog, psykolog og gastroenterolog (se oversikt). Ulevåg innrømmer at han ikke voldsomt optimistisk når det gjelder etablering av hjemler i fysikalsk medisin. Særlig ikke nå når HSØ har signalisert utfasing av hans spesialitet. Men pasientene med plager i bevegelsesapparatet er tilstede uansett HSØ sine vurderinger om behov. Vurderinger som han for øvrig mener er mer politiske enn medisinske . Men den klare oppfordringen fra Kåre Ulevåg til HSØ er å legge til rette for kvalitetssikring av behandlingstilbudet også til disse pasientene.

Behovet for medisinske diagnoser på området er stort, mener Kåre Ulevåg og antyder at flere enn en hjemmel i Helse Sør-Øst ville være en god investering i friskere pasienter på sikt.

TRAKASSERING – ET MANGEHODET TROLL

For noen uker siden arrangerte Senter for medisinsk etikk sitt årlige personalseminar. Det ble avholdt på Gran på Hadeland med guidet tur til søsterkirkene som del av programmet. Da en av våre postdoktorstipendiater ikke er norsk snakket guiden engelsk, og på spørsmål om en av våre kolleger som også er en utmerket pianist kunne prøve orgelet repliserte hun: «Don't you see what is written: Do not touch the organ!

Av Jan Helge Solbakk

I disse 'Me Too'-tider ga denne formuleringen naturlig nok gjenklang i tilhørernes ører. UiOs nye rektor, Svein Stølen, uttalte nylig i mail til undertegnede: «Den trakasseringsbølgen (seksuelt og rasistisk) vi nå ser bør ryste oss i våre grunnvoller». Hovedfokus har til nå vært på seksualisert trakassering i mediebransjen, i diverse kulturinstitusjoner og i politiske partier, mens det med unntak av Langeland-saken har vært relativt stille om situasjonen i akademia og i helsetjenesten.

Akademia intet unntak

Det er liten grunn til å tro at menn i akademia og i helsetjenesten har mer kontroll på staven enn hva som er avdekket i de institusjoner som er nevnt innledningsvis, og det av to grunner. For det første, menn er menn om alle land lå øde; til alle tider og alle steder har vi menn vært ledende hva angår tafsing og seksuell trakassering. Dessuten, karakteristisk for både akademia og helsetjenesten er samarbeidsrelasjoner preget av makt-asymmetri, noe det er grunn til å anta øker risikoen for nettopp denne typen atferd.

JAN HELGE SOLBAKK: Professor i medisinsk etikk, er utdannet lege og teolog og ansatt ved SME, senter for medisinsk etikk, UiO.

> "Til alle tider og alle steder har vi menn vært ledende hva angår tafsing og seksuell trakassering "(JHS)

Tvinger seg på som med-forfattere

Én form for trakassering det er mye mer av i akademia og ved universitetssykehusene enn andre steder er det som kan omtales som 'intellektuell trakassering', eller 'landeveisrøveri', for å sitere forrige prorektor, Ragnhild Hennum. Denne form for utnytting har det dessverre vært mye mindre oppmerksomhet omkring. I over 20 år har jeg hatt hovedansvaret for undervisningen i forskningsetikk og vitenskapsetikk for PhD-stipendiatene ved Det medisinske fakultet, og har av den grunn en viss erfaring med denne typen atferd. Til det obligatoriske introkurset i medisinsk forskning må hver stipendiat gi en kort beskrivelse av egen forskning samt identifisere etiske utfordringer de ser i arbeidet med eget prosjekt. En gjenganger i mange studenters 'selv-beskrivelser' er at de føler seg utnyttet av veiledere og andre medlemmer i forskergruppen de arbeider i ved at de tvinger seg på som medforfattere uten å tilfredsstille kravene til medforfatterskap. De fleste tør imidlertid ikke si fra av frykt for represalier. Og mange av dem henvender seg med spørsmål om hva de kan gjøre.

> "... veiledere og andre medlemmer i forskergruppen tvinger seg på som medforfattere uten å tilfredsstille kravene til medforfatterskap" (JHS)

Det er bare blitt verre

Mitt inntrykk er at problemet er størst i klinisk forskning, noe som kan ha sammenheng med

at de fleste professorene i klinisk medisin er professorer i bistilling, altså at de har sin hovedstilling i klinisk praksis. Det gjør at mange av dem driver lite aktiv forskning, og, dessverre, kompenserer en del for denne mangel ved å 'skrive seg inn' som sisteforfattere på artikler til yngre, aktive forskere i den forskningsgruppen de leder. I 2016 ble det kjent at i en av forskningsgruppene ved OUS som ledes av en anerkjent professor, har det i årevis eksistert en praksis hvor alle i gruppen må skrive under på en erklæring om at det er 1) forskningslederen som bestemmer hvem som kan stå som medforfattere på artikler som utgår fra gruppen, 2) det er han som avgjør rekkefølgen av forfattere, og, 3) det er bare han som kan søke patent på forsking generert i gruppen. Tidligere forskningsombud Peter Kierulf og undertegnede skrev i 2016 flere artikler på NRK Ytring og i Uniforum om disse formene for trakassering i medisinsk forskning. Vårt inntrykk er at dette ikke har avtatt, men tvert imot har økt de siste årene. Det ser vi i sammenheng med at stadig flere PhD-stipendiater kommer fra andre land, og ofte land med andre hierarkiske strukturer enn i Norge. Mange av dem er ekstremt flinke, og de jobber mye mer enn sine norske kolleger, blant annet fordi de ikke har egen familie her i Norge. Fra sine egne kulturer er de vant til å lystre ordrer fra øvrighetspersoner. Dette, kombinert med at mange av dem ikke kjenner til sine rettigheter som PhD-stipendiater, gjør at de lett blir ofre for denne form for utnytting. Hva angår denne form for Harry-tafsing er det ingen grunn til å tro at kvinner scorer særlig lavere enn menn.

Regnskap og rådgivningstjenester for leger og legespesialister

Vi er der for deg – ta kontakt

Legeregnskap

www.legeregnskap.no • Tlf: 71 52 97 00

LUTEFISK
– med ertepuré, sennepsaus og baconfett

BENT STIANSEN

Det finnes mange måter å koke lutefisk på. Den mest vellykkede hjemme er å bake den i langpanne i ovn. Jeg skjærer bort alle ben og hinner på fisken. Dette er luksus, men jeg foretrekker benfri og glovarm lutefisk som ikke blir kald mens den renses. Etter at fisken er filetert, deles filetene opp i stykker på ca 300 gram til første gang servering. Bruk de tykkeste ryggstykkene først. Legg dem i en langpanne. Dryss fisken med salt en halv time før den skal bakes. Det går med 1½ ss salt pr. kg fisk. Saltet trekker vannet ut av fisken og gjør den fastere og bedre. Kvern pepper over fisken og dekk den med aluminiumsfolie. Det er nok væske i langpannen etter saltingen til å dampe fisken. Bak den i ovn med varmluft ved 200 grader i 45 minutter.
Serveres med ertepuré, kokte ringerikspoteter eller mandelpoteter, baconfett og sennepssaus. Det finnes utallige tilbehør til lutefisk, det ene mer originalt enn det andre: sirup, revet geitost, søt eller tørr sennep, lefser, flatbrød ... Det er din lutefisk, elsk den med det du liker!

FORBEREDELSER

Lutefisken kan renses og kuttes i biter dagen i forveien.
Ertene må legges i vann minimum 12 timer før koking.
Ertestuing, baconfett og sennepsaus kan gjøres ferdig 2 timer før servering.
Fisken bør saltes 30 minutter før servering.
Alt må være rykende varmt ved servering.

8 personer

6 kg lutefisk
9 ss salt
1 ss kvernet sort pepper

ERTESTUING

1 kg tørkede grønne erter
2 l vann
1 ½ ss salt
1 ts malt hvit pepper
2 dl fløte
200 g Kviteseidsmør eller vanlig smør

Legg ertene i en kjele med kaldt vann kvelden før de skal kokes. Hell av bløtleggingsvannet og tilsett nytt vann så det dekker ertene med 5 cm. Kok ertene i en time til de er møre. Hell av vannet og visp ertene med en håndmikser sammen med fløte, smørterninger, salt og pepper. Hold pureen varm.

BACONFETT

800 g bacon skåret i terninger
200 g smør

Skjær bacon uten svor i små terninger. Et godt tips er å fryse baconstykket i en times tid, for da blir det lettere å kutte det i små terninger. Stek baconterningene på middels varme i smør til de er brune og sprø. Hold varmt.

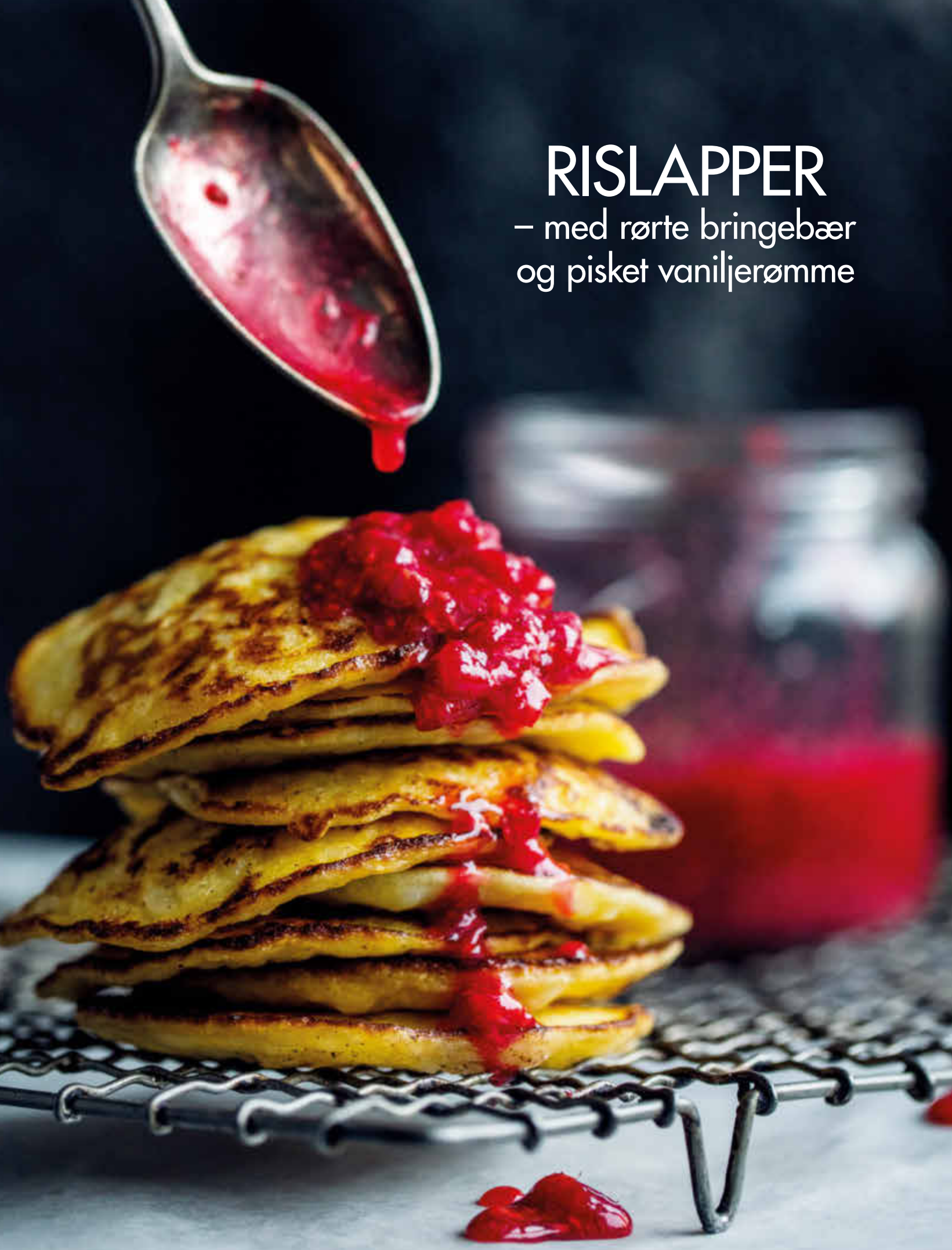
SENNEPSAUS

2 ss smør
2 ss hvetemel
6 dl melk
1 dl fløte
2 ss pølsesennep
2 ss grov sennep
2 ss fransk dijonsennep
Salt
Pepper

Smelt smør og ha i mel. Fres dette i 2 minutter. Spe med varm melk og fløte i to omganger mens du rører iherdig slik at det blir en glatt hvit saus uten klumper.
Tilsett de tre sennepstypene og smak til med salt og pepper. Hold sausen varm

DRIKKETIPS

Øl og akevitt, hva ellers? Bruk en lett pilsner og en akevitt som ikke er for kraftig. Gammel Opland er favoritten til mange, og et godt valg. Prøv gjerne to eller tre akevitter, sammenlign og finn ut hvilken som passer best. Noen mener at hvitvin går til lutefisk. Bruk da en fatlagret Meursault fra Bourgogne i Frankrike eller en annen eiket Chardonnay. Denne druen dyrkes over hele verden, men den blir best i Bourgogne.



RISLAPPER

– med rørte bringebær
og pisket vaniljerømme

FORBEREDELSER

Denne retten er basert på restene fra den varme julegrøten.
Bringebær kan røres dagen før.
Vaniljerømme må piskes samme dag.

8 personer

Ca 1,5 l risgrøt
3 egg
100 g sukker
3 dl hvetemel
1 vaniljestang, frøene
100 g smør
100 g smør til steking

Legg kald risgrøt i en blandebolle og visp den myk og smidig med en visp. Ha i egg, sukker, hvetemel og frøene fra en vaniljestang. Rør godt sammen. Smelt 100 g smør og bland i røren.
Varm en teflonstekepanne og ha i noe av det resterende smøret. Stek lapper, ca 10 cm i diameter, lysebrune på en side før de vendes og stekes lysebrune på den andre siden. Lappene serveres nystekte, lune og delikate.

RØRTE BRINGEBÆR

500 g bringebær
150 g sukker

Ha bringebær i en blandebolle med sukker. Rør sukker og bringebær sammen til sukkeret oppløses. Det tar et par minutter. Serveres til lune nystekte rislapper.

PISKET VANILJERØMME

1 vaniljestang
2 ss melis
1 beger seterrømme

Del en vaniljestang i to på langs og skrap ut frøene. Ha frøene i en piskebolle med melis og seterrømme. Stivpisk rømmen og server den til rislappene.

DRIKKETPS

Portvin er godt til. Det er rød saft også, hvis det er barn tilstede.
Eller min favoritt: et iskaldt glass melk.

JULEGRØT

8 personer

4 dl grøtris
8 dl vann
2 l melk
100 g sukker
1 ts salt
100 smør
100 g sukker
2 ss malt kanel

Mål opp risen og skyll den i kaldt vann. Ha den i en kjele med vann og kok opp og la det koke forsiktig til vannet har kokt inn i risen. Kok opp melk i en egen kjele. Hell varm melk, salt og sukker over risen og kok opp under omrøring. Pass på at grøten ikke brenner i bunnen. La grøten trekke, putre på svak varme i ca 45 min til det blir en jevn og fin grøt. Server med en smørklatt, sukker og malt kanel

VÆR SÅ GOD NESTE

En snekledd vott fòr gjennom det nedrullede vinduet på min, for vinterføre, særdeles uegnede Fiat Spider Sport. Turen fra Oslo hadde vært langdryg, med snedrev og dårlig sikt over lange strekninger.

Av Einar Berle

DR. MED. EINAR BERLE: SpesiaList i gynekologi og utdannet innen arkeologi og kunsthistorie. Han behersker 5 språk og har jobbet innen både psykiatri, patologi, legevakt og maritim medisin.

Jeg hadde fått beskjed om å kjøre et godt stykke nordover fra Trondhjem og ta til venstre 1 km efter et skilt som skulle angi min kommende arbeidsplass. Forgjeves hadde jeg speidet efter skilt med stedsnavn, men det hadde lavet ned, og alt som kunne indikere angivelse av lokalisasjon, var nedsnedd eller begravet under meterhøye snefonner. Av levende veivesener – bare elg!

Vindusviskeren raste frem og tilbake i max hastighet, men sikten forble miserabel, og det var så vidt jeg klarte å styre unna det flagrende, sorte, sparkstøttingskjørende spøkelset som kom mot meg i rasende fart." Spark fra luften, bil fra bunden stangedes (nesten) i samme stunden, så at sneen om oss klasked..." Efter nestenulykken rullet jeg ned vinduet, men før jeg hadde rukket å åpne munnen, raste en snevott mot meg og søkte min uforberedte høyre hånd. Sparkstøttingens innehaver presenterte seg som stedets sentralborddame. Jeg måtte være den nye kandidaten? I så fall var det bare å holde til venstre og henvende meg hos distriktslegen; han holdt til i det store, gule huset like ved hovedveien. Til avskjed forsikret sentralborddamen at vi nok skulle høres / sees igjen. Jeg skulle tidsnok sanne hennes ord.

Forgjeves hadde jeg speidet efter skilt med stedsnavn, men det hadde lavet ned, og alt som kunne indikere angivelse av lokalisasjon, var nedsnedd.

"Nydoktorn" med beina på bordet

Det hadde sluttet å sne. Det som i gårsdagens snedrev og mørke hadde fremstått som konturene av et bygg, viste seg å være en herskapelig distriktslegebolig, en del av et gårdstun, med kandidatboligen vis a vis hovedbølet. Dagen efter ankomsten, efter behørig introduksjon, ble jeg av distriktslegen tilvist et bitte lite, nøkternt utstyrt kontor, med beskjed om at venteværelset var fullt. Det var bare å gå løs på dagens økt.
"Værsågod neste!" Jeg hadde åpnet døren til et stappfullt venteværelse, de fleste satt, mange stod. De ventende var innhyllet i tykklaget vadmel. Ingen lot til å ha løsnet på så meget som en knapp, tross den intense varmen fra en hjørneplassert, ruvende, kakkelovn. Midt på gulvet, et bord med ulike bladfiller. Ved senere gjennomsyn viste det seg å være årgangsblader med oppbyggelig, religiøst innhold. Noen hadde leseulystig forsynt seg med lektyre, andre stirret ut i den varme luften. Men ingen møtte mitt" værsågodnesteblikk". Selv ikke efter gjentatte oppfordringer lyktes jeg i å lokke behandlingstrengende klienter inn på kontoret. Som ny kandidat, med langt hår, bart og solbrun hud, var jeg forberedt på en viss reserverthet, men ikke på total avvisning. Venteromsklientellet ville tydeligvis til sjefen selv. Efter noen tids forgjeves oppfordring gav jeg opp, lukket døren, slengte føttene på bordet og tok fatt på dagens avis. Den var knapt gjennomtrålet, da det gikk i døren. Inn strenet en lysskjegget brande av en mann, han også vinterkledd. Han hadde ikke tid til å vente på "Gammeldoktorn". Var inne for en bagatell, skulle bare ha målt blodtrykket, det kunne like godt "Nydoktorn" gjøre. Efter å ha kvittet seg med lag på lag med tykke ullplagg, brettet den fryktløse pasient opp ermet for å få blodtrykket målt. "Hvor lenge har du hatt denne da?" Jeg hadde, idet jeg skulle legge på mansjetten, fått øye på en monstrøs hudtumor på mannens overarm . Jo, den hadde vært der i noen tid. Han hadde ventet at den skulle gå vekk av seg selv, men det hadde den altså ikke gjort. Mannen, med fysiognomi som statist i en Hollywoodsk vikingfilm, var tømmerhugger og hadde ofte arbeidet med bar overkropp. Anamnese og klinisk funn ledet direkte til

Mannen, med fysiognomi som statist i en Hollywoodsk vikingfilm, var tømmerhugger og hadde ofte arbeidet med bar overkropp. Anamnese og klinisk funn ledet direkte til prima vista diagnose: Basalcellecarcinom.

prima vista diagnose: Basalcelle carcinom. Ny på stedet og med svært opptatt sjef var jeg usikker på hvordan jeg skulle få mannen behandlet. Så jeg ringte DNR for å få råd om videre omhendetagen av dette litt uvanlige sykdomsbildet. Det var liten tvil om diagnosen, men tumor syntes meg alarmerende stor. "Bare send ham til oss!", var svaret fra Oslo. Mannen ble forklart diagnose og henvisningen til DNR. Informasjonen ble mottatt med stoisk trønderro.

Efter en litt treg start hadde lokalbefolkningen vendt seg til denne rara avis som var kommet direkte fra Recidency i patologi i Miami, Florida til et av Norges mest grisgrendelige strøk.

Han takket for seg, gikk ut gjennom det fortsatt stappfulle venteværelse idet han forkynte: "Nydoktorn kan sine saka !". Blodtrykket hadde jeg helt glemt.

"Låvlig" fall

En uke efter min ankomst måtte sjefen reise vekk over lengre tid; jeg ble sittende alene som fungerende distriktslege i et vidstrakt bygdesamfunn, som når man regnet med vaktinkluderte distrikter, var på flere tusen innbyggere. Efter en litt treg start hadde lokalbefolkningen vendt seg til denne rara avis som var kommet direkte fra Recidency i patologi i Miami, Florida til et av Norges mest grissgrendelige strøk. Naturen var barsk, med langsomtflytende elv gjennom trolsktettskoget landskap. Stedet var kjent for sitt usedvanlig røffe klima. Det var liksom bare to årstider: "Vinter" / Ikke vinter". Dette i kontrast til den stedlige inndeling av året i tre sesonger: Laks-, elg- og multetid, noe som forklarte hvert hjems frysertreenighet.
Bygdesamfunnet stod i elgens tegn. Jeg hadde som vanlig vakt, men håpet på en fredelig aften, skytterlagene hadde sikkert sitt å feire, dessuten var bygdens" Selskapshus", det såkalte" Lokalet" stengt. Jeg slappet av med en Cola, og dagens helsekostelige vaktmeny, bestående av PML – pølse med lompe. Jeg hadde ikke før tatt en pølsejafs før telefonen kimet. Det var sentralborddamen, hun som jeg nesten hadde kollidert med i vinterstormen. Kast deg i bilen! En mann er funnet bevisstløs efter å ha falt ned fra en låvebro. Hvor? Et øyeblikk skal jeg "gå inn" (på samtalen). Kjør ca. 40 km nordover, der vil bli satt ut en stol på venstre side av veien. Ta av der og kjør til låven som ligger en km fra hovedveien. På med blinkende nødlys, i bevisst fartsgrensesprengede tempo mot ulykkesstedet, på stadig utkikk efter ensom stol i grøftekanten. Stol ble endelig sporet opp og et feststemt klientell stormet mot kandidatbilen. På veien til ulykkesstedet, fikk jeg vite at et jaktlag hadde felt sin elgelige kvote og holdt på å feire det hele med hjemmelaget sus, mye dus og dans på låven. De som bare hadde nippet til stedets årgangshjemmebrendt , hadde svinget seg til

Stedet var kjent for sitt usedvanlig røffe klima. Det var liksom bare to årstider: "Vinter" / Ikke vinter". Dette i kontrast til den stedlige inndeling av året i tre sesonger: Laks-, elg- og multetid, noe som forklarte hvert hjems frysertreenighet.

Det var sentralborddamen som ringte og kommanderte meg: Kast deg i bilen! En mann er funnet bevisstløs efter å ha falt ned fra en låvebro. Kjør ca. 40 km nordover, der vil bli satt ut en stol på venstre side av veien. Ta av der og kjør til låven som ligger en km fra hovedveien.

Aniskori - en tilstand der pupillene har ulik størrelse. Den unge gutten delte skjebne med blant andre David Bowie.

trekkspillende toner. De med mer innabords hadde danset mindre, men efter sigende lallet desto mer. En av disse hadde beveget seg faretruende langt ut på den rekkverkløse låvebroen og ramlet flerfoldige meter ned på bakken. Den nedfallene var lettere bevisstløs, men svarte noe snøvlende på tiltale. Han ble løftet opp og brakt til nærmeste gård, lagt på kjøkkenbordet og var klar til undesøkelse. Ingen utfall, men lommelyktbelyste øyne viste utvidet pupille på høyre side (Fig 6). Differensialdiagnostiske alternativer surret i mitt hode Det var ikke noe hodetraume. Kunne det allikevel være en intrakraniell blødning? Jeg skulle til å ringe sentralborddamen for å bestille ambulanse, da jeg forsiktig ble avbrutt av en mann som presenterte seg som den skadedes bror: ” Du ser på aue hans, du ?” Jeg måtte medgi at så var tilfelle og forklarte at den ene pupillen var utvidet og at det kanskje kunne være en blødning i hjernen. ”Jaså ? Æ trur itj det, nei ! ” Bror min har alltid sett slik ut, alltid hatt stor pupille på høyre øye, medfødt! Opplysningen var heldigvis kommet

Han ble løftet opp og brakt til nærmeste gård, lagt på kjøkkenbordet og var klar til undersøkelse. Ingen utfall, men lommelyktbelyste øyne viste utvidet pupille på høyre side.

før sirkuset med katastrofealarm og tilkallelse av ambulanse. Mannen med pupillen ble lagt i stabilt sideleie og kunne sove ut rusen liggende på kjøkkenbordet. Selv jeg kunne sette meg i bilen, dra hjem og fortsette Cola og pølsemenyen.

– Øronen gror alltid

Det hadde vært en dansende aften, møte på Lokalet med praktisering av stedets, folkedansrepertoir. Jeg hadde fra gymnasietiden en smule folkedans praksis og hadde møtt opp for å lære meg litt om den stedlige, svært kompliserte pols variant. Det hadde startet, som vanlig, med danseklare damer sittende langs veggen, alle med nedadvendt blikk og små vesker på fanget. Det var taust i lokalet inntil en heroldlignende apparisjon med myndig stemme forkynte at: "Nå er det kaffi!". Damene var klare med koppen. Vesker spratt opp, små flasker vippet ut. Flaskenes klare innhold ble helt over i kopper av ulik fasong og størrelse: Kaffe ble tilsatt inntil blandingen hadde fått den ønskelige brunlige kulør og nødvendige klarhet. Rask nedskylling av nyblandet væske. Flaskene tilbake i vesken. Det var klart for pols.
Jeg hadde holdt meg unna den berusende brune blandingsdrikken, men det var likevel blitt en sen aften. Det tok derfor litt tid før jeg fikk gnidd søvnen ut av øynene idet jeg oppdaget at noen hadde forvillet seg inn på mitt soveværelse. En litt ustø skikkelse stod foran sengen. Det var uklart hvordan han var kommet inn, jeg hadde tydeligvis glemt å låse døren. Mannen, en gutt i 20 års alderen holdt noe i den ene hånden, et eller annet viklet i et blodgjennomtrukket lommetørkle. I den andre hånden, en stor tøyfille, amatørmessig, bandagert rundt venstre øre. Før jeg hadde fått på meg klærne, trådte han nærmere og viste frem innholdet av det lille tøystykket. Det var initialt litt uklart hva det var, men gutten kom meg i forkjøpet og forklarte at det var en bit av hans høyre øre. Det hadde vært fest på bygdens alternative Lokale. Som vanlig, for dette lokalets vedkommende, hadde det gått noe hårdt for seg. Mye kaffe, berusende blandet med klar, fuselluktende væske, dertil helgens kamp om damer. I litt uortodoks, martialsk stil hadde den ene av kombattantene tatt seg en skikkelig jafs av den andres øre (fig 8 a/b). Resultatet ble presentert for den fremdeles noe søvndrukne kandidat. Klokken var fire om morgenen, nærmeste sykehus var langt unna. Jeg tok den øreløse med til legekontoret, plasserte ham i en stol og slo opp i en svensk lærebok i øre/nes/halssykdommer. Øronen. Om disse stod følgende lapidariske utsagn, fritt sitert: Øronen skal man inte bekymrast øver,

– Før jeg hadde fått på meg klærne, trådte han nærmere og viste frem innholdet i det lille tøystykket. Det var initialt litt uklart hva det var, men gutten kom meg i forkjøpet og forklarte at det var en bit av hans høyre øre.

dom gror alltid. Frem med sysaker. Gutten, som var selvforsynt med anestesi, satt rolig mens jeg, med moralsk støtte fra svensk lærebok, sydde på plass den medbragte ørerest.
Pent kledd og nu nesten ugjenkjennelig i sin edruelighet, kom gutten til foreskreven kontroll for å fjerne sting. Øret var grodd, såret reaksjonsløst. Jeg kastet et takknemlig blikk mot øre/nesehalsboken fra nabolandet. Boken hadde rett: Øronen gror alltid!

SPESIALISTPRAKSIS

ANESTESIOLOGER

Smerte-medisinsk Institutt AS (SMI)
(Avtalehjemlet multidisiplinær smerteklinikk)
Sørkedalsveien 10D, 0369 Oslo
T: 23 33 42 50 F: 22 69 85 01
resepsjon@smi.nhn.no

BARNELEGER

Håvard Skjærvik
Spesialist i barnesykdommer
Arendal spesialistsenter
P. B. 1915 Stoa, 4858 Arendal
T: 37 07 39 00 F: 37 07 39 01
www.arendalspesialistsenter.no

GYNEKOLOGER

Dr. Merete Blakstads gynekologiske klinikk
Legene Merete Blakstad og Heidi Høgdahl
Majorstuhuset, Kirkevn. 64A 0364 Oslo
T: 22 60 25 60 F: 22 46 87 72

Smestadgynekologene
Dr. Andresen, Dr. Hallquist,
Dr. Nygaard, Dr. Mortensen
Dr. Ødegaard
Oscarsgt 20, 6 etg., 0352 Oslo
T: 23 33 18 00 F: 23 33 18 01

Sandvika Spesialistsenter
Runa Aabø og Oskar J. Skår
Rådmann Halmrastsvei 18
P. B. 107, 1301 Sandvika
T: 67 57 58 59 F: 67 5758 58
post@sandspes.no
www.sandspes.no

HUDLEGER

Hudlege Malte Hübner
DTH Derma
Dronningens gate 17, 1530 Moss
T: 69 10 90 99
info@derma.nhn.no

Dr. Funks Hudklinikk as
Prinsensgate 9, 1530 Moss
T: 69 20 98 00 F: 69 20 98 01
dr.funk@online.no

KARDIOLOGER

Magnus Heldal
Avtalespesialist, kardiologi
Gardermoen Hjertesenter
Skogveien 2, 2053 Jessheim
T: 63 99 64 00
post@gardermoenhjerte.nhn.no

ROMERIKE SPESIALISTKLINIKK

Lege og Tannlege AS
Dampsagveien 2, 2000 Lillestrøm
T: 63 79 66 33
post@romspes.no
www.romspes.no

KJEVEKIRURGER

Bjørn Hansen
Storgt. 33, 3126 Tønsberg
T: 33 31 22 36 F: 33 31 61 39
bjhan3@online.no

NEVROLOGER

Sandvika Nevrosenter
Privatnevrologer med kort ventetid
Doppler halskar, EMG/nevrografi
Sandvika Storsenter
Sandviksveien 178 5 etg.,
1337 Sandvika
T: 67 52 20 80
www.sandvikanevrosenter.no

ØRE-NESE-HALS

Agro Øre-Nese-Hals
Klinikk ISO-sertifisert
Sverre Dølvik
Bankveien 1, 1383 Asker
T: 66 75 21 21 F: 66 75 21 20
www.agro-online.no

EasyMed data
Kåre Lund-Iversen
Pilestredet Park 31, 0176 Oslo.
T: 22 20 16 22 F: 22 36 06 48

Mads H.S. Moxness
ØNH-spesialist,
Aleris sykehus, Trondheim
T: 73 87 20 00

Oslo Øre-Nese-Hals
Oscar Løvdal, Torleiv Stien
og Fridtjof Walseth
Majorstuhuset
Valkyrigt. 8, 0366 Oslo
T: 22 93 04 50 F: 22 93 04 51
www. oslo-onh.no
post@oslo-onh.no

ØYELEGER

Bergen Øyelegesenter AS/ Optera AS
bergenoyelegesenter.no / optera.no
Ansv.lege Vibeke Birkeland
Nedre Ole Bulls plass 3, 5012 Bergen
T: 55 21 05 00 F: 55 21 05 01

Colosseum Øyelegesenter
Sørkedalsveien 10 A, 0369 Oslo
T: 23 20 11 80 F: 23 20 11 81
info@colosseum-oyelegesenter.no

Hamar Øyelegesenter
Østregt. 23, 2317 Hamar
T: 62 54 14 50 F: 62 54 14 59

Lørenskog Øyeklinikk
Skårersletta 18,
1473 Lørenskog
T: 63 89 07 90

Nidaros Øyeklinikk
Harald Guldsten, Susanne Lindqvist
og Lars Ingvald Johnsen
Nordregt. 5, 7011 Trondheim
T: 73 92 40 90 F: 73 92 40 99

Oslo Øyelegesenter
Sørkedalsv. 10A, 0369 Oslo
T: 22 93 12 60 F: 22 93 12 70
post@oyelege.no
www.oyelege.no

Klinikk S AS
Øyelege Alexander Skau
Sjøgt. 21
8006 Bodø

Øyelege Vibeke Wankel
Kamboveien 1, 1538 Moss
T: 69 25 98 00
v.wankel@online.no-www.wankel.no

Øyelege Herdis Garborg
Kirsten Brynes veg 7
4344 Bryne
T: 51 48 53 40

Øyelege Vidar Gustavsen
Kolbotnveien 33
1410 Kolbotn
T: 66 80 62 68

Ønsker du din praksis her, send oss en e-post på: annonser@legekunsten.no

Hove Total

Nyhet! Hove Total

Vi leverer en unik skyløsning hvor du får tilgang til journalsystemet System X samt andre produkter og tjenester. Effektiviser din klinikk med Hove Total!

Kontakt oss for mer informasjon

tel: 48225780

mail: salg@systemx.no

Hove Medical