

LEGEKUNSTEN

NR 4/25 35 ÅRG.

MEDLEMSBLAD FOR PRAKTISERENDE SPESIALISTERS LANDSFORENING

Spesialister uten avtale kan miste refusjon for labanalyser

side 9

EPJ-løftet – et
felles løft for smartere
e-helse i praksis
side 18

Tillitsvalgtes rolle i
intervjuer ved
hjemmelsoverdragelse
side 22

Med hjerte
for Etiopia
side 25

Egen kursbolk for spesialister
i helprivat praksis!

Sett av
datoen!

Velkommen til PSLs vårkurs og årsmøte 2026

23.–24. april 2026

Clarion Hotel Oslo, Barcode | Dronning Eufemias gate 15, 0191 Oslo

Fra det foreløpige programmet:

- Aksjonæravtaler og driftsavtaler
- Avtaler mellom fratredende/overtagende lege
- Lovpålagte krav for avtalespesialister
- Rettsikkerhet i møte med Helfo
- Takstkurs
- IT-sikkerhet
- Egen kursbolk for spesialister uten avtale

Mer informasjon om program og påmelding
kommer snart!



INNHold

NR 4 • 2025

04 Brev fra PSL-leder

07 Redaktørens ord

NYHETER/AKTUELT

08 Ny pris- og avtalemodell fra Norsk helsenett – avvent signering

09 Spesialister uten avtale kan miste refusjon for labanalyser

12 – Et fornuftig tiltak

14 Fremtiden til solopraksis i distriktene

16 – Avtalespesialistordningen stemoderlig behandlet

18 EPJ-løftet – et felles løft for smartere e-helse i praksis

19 Nye funksjonaliteter – og hvordan får vi det vi trenger, når vi trenger det

21 Tilgang til faglitteratur – avtalespesialistene må vente

22 Tillitsvalgtes rolle i intervjuer ved hjemmels-overdragelse

25 Med hjerte for Etiopia

30 På den sikre siden – psykososialt arbeidsmiljø løftes i ny lovendring

32 PSL sitt formøte på årsmøtet i NGF

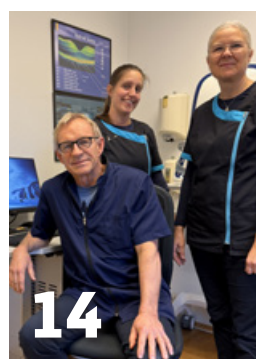
33 PSL-samling i Ålesund

34 Nye e-læringskurs fra Helfo

34 OUS godt forberedt på å overta Alnapasientene

FORENING/INFO

35 Oversikt over styret, sekretariatet og tillitsvalgte



UTGIVER

Praktiserende Spesialisters
Landsforening

ANSVARLIG REDAKTØR

Lene Sjøgaard Gloslie
lene.gloslie@legekunsten.no
T: 984 77 368

REDAKSJONSRAÅD

Yngvild Skåtun Hannestad
Tor Grøndahl
Alexander Stefou
Pål Alm-Kruse

BIDRAGSYTERE I DENNE UTGAVEN

Ellen Jaatun
Hilde Kalleklev
Yngvild Skåtun Hannestad

FORSIDE:

Foto: Aaron Burden | Unsplash

ANNONSER

Aksell | Birgitta Lindahl
birgitta.lindahl@aksell.no

1/1 side: 11 800,- eks mva
1/1 side – bakside: kr. 13 800,- eks mva
1/2 side: 6 800,- eks mva
1/3 side: 4 800,- eks mva

UTGIVELSESDATO:

1-2026 18. mars
2-2026 17. juni
3-2026 16. september
4-2026 16. desember

MATERIELLFRISTER:

1-2026 18. februar
2-2026 14. mai
3-2026 19. august
4-2026 18. november

GRAFISK DESIGN OG TRYKK

Aksell

LEGEKUNSTEN

Medlemsblad for Praktiserende
Spesialisters Landsforening (PSL)

PSL – for spesialister både med og uten avtale

PSL er en yrkesforening som skal arbeide for alle våre medlemmers interesser. Ca. 80 % av de yrkesaktive medlemmene våre jobber i avtalepraksis og 20 % jobber helprivat enten i en praksis de driver selv eller som ansatt eller konsulent i en helprivat virksomhet. Mesteparten av arbeidet i PSL har tradisjonelt dreid seg om avtalespesialistordningen. Som del av den offentlige helsetjenesten har avtalespesialistene definerte rammer og avtaler, og inntektsmulighetene reguleres gjennom Normaltariffen.

Vi har hatt færre arenaer til å jobbe for våre helprivate medlemmers interesser. Dette fordi det å drive helprivat i mye mindre grad er avtaleregulert virksomhet annet enn det som følger av overordnet helselovgivning. Legeforeningen er opptatt av at medlemmer i privat sektor skal få bedre rettigheter til medbestemmelse, sosiale rettigheter og øvrige lønns- og arbeidsvilkår enn i dag. Legeforeningen opprettet derfor et forhandlingsutvalg for privat sektor i 2023 der PSL er representert. Som helsepolitisk aktør er Legeforeningen også opptatt av å ivareta de helprivates interesser og var kritisk til forslaget om en godkjenningsordning for helprivate da det var på høring. I tillegg har PSL økt sin oppmerksomhet på de helprivate medlemmene i foreningen.

PSL sitt prinsipp- og arbeidsprogram inneholder mål for foreningens arbeid. Dokumentet viser at vi også har store ambisjoner for alle våre medlemmer når det gjelder å oppnå pasienttilfredshet gjennom tilgjengelighet, kvalitet og kontinuitet og at det skal drives god medisinsk praksis i tråd med gjeldende faglige retningslinjer og «Gjør kloke valg».

Vi jobber også aktivt med å være en aktør i helsepolitiske saker.

For noen uker siden sendte PSL ut et medlemsbrev som formidlet styrets tanker rundt forslaget i Statsbudsjettet om å frata alle helprivate helsevirksomheter muligheten til å ta laboratorieprøver på Helfos regning. Tilbakemeldingene fra de medlemmene som har tatt kontakt etter utsendelsen har vært både støtte til det som ble skrevet og forbauselse over at PSL ikke ubetinget er enige i at refusjonen skal tas bort. Med andre ord ser ikke alle PSL'ere likt på denne saken. Det er interessant å utforske hva som ligger bak en uenighet – og her kan vi finne forskjellige holdninger både fagmedisinsk og helsepolitisk. I dette nummeret av Legekunsten kan dere lese hvordan noen hudleger har forskjellige syn på lab-refusjonen. Jeg har lyst til å dele noen betraktninger rundt både denne saken og hvordan det er å lede en forening der medlemmene både jobber i offentlig og privat helsetjeneste.

Legeforeningen støtter tiltak som styrker den offentlige helsetjenesten. En sterk offentlig helsetjeneste er nødvendig for å sikre likeverdige



Foto: Thomas B. Eckhoff

helsetjenester for alle uavhengig av sosial status, inntekt og bosted og motvirke et todelt helsevesen. Ulike private helsetjenester er likevel et viktige supplement til, og gjennom avtaler med det offentlige, i økende grad del av den offentlige helsetjenesten. Blant PSL sine medlemmer vil jeg tro at et flertall deler Legefore-

ningen sin overordnede ambisjon om å bevare og styrke et godt offentlig helsevesen. Samtidig vil det være forskjellige syn på i hvilken grad private helsetjenester oppfattes som et problem eller et gode – og gitt at noen grad av private tilbud er kommet for å bli – om man kan få til et fornuftig samarbeid med det offentlige. Helprivate helsetjenester er ikke et isolert fenomen som leverer nøytrale tjenester, – det helprivate eksisterer i en interaksjon med det offentlige med gjensidig påvirkning av både praksis og kultur.

Spenningsene mellom det offentlige og private kan beskrives med følgende kjente, utvalgte og tabloidiserte pro et contra argumenter: Konkurransen på kvalitet og effektivitet kan virke skjerpene for alle. Konkurransen om arbeidskraft med det helprivate som et alternativt arbeidsmarked for helsearbeidere kan få det offentlige til å bli en bedre arbeidsgiver. Konkurransen om arbeidskraft kan også være ødeleggende hvis for mye kompetanse forsvinner ut av det offentlige. Helprivate tilbud kan avlaste det offentlige, samtidig kan noen se på det som å snike i køen. Helprivate tilbud gir befolkningen valgfrihet – men det skaper også større forskjeller mellom de som har råd eller ikke. Helprivate virksomheter kan gi fleksible løsninger på oppdrag fra det offentlige helsevesenet – men er det offentlige gode nok bestillere? De helprivate er gode på å yte service og tilpasse seg pasientens behov – kan det føre til overdiagnostikk og overbehandling? Er det prinsipielt rasjonelt eller problematisk når helsetjenester blir påvirket av markedskrefter?

Jeg skisserer debatten for å vise bakteppet som PSL må forholde seg til internt med en medlemsmasse med forskjellige arbeidsforhold og interesser, men også fordi det preger det vi møter når vi representerer alle næringsdrivende spesialister utad.

Vi som er spesialister utenfor sykehus blir ikke sjelden omtalt felles som de «privatpraktiserende», og det er likhetstrekk, selv om rammene blir svært forskjellige for legespesialister med og uten avtale. Jeg tror alle vi som har sluttet på sykehus har blitt møtt med lett stikkende kommentarer om at vi har trådd ut av den ordentlige medisinen, at vi kun tar de lette problemstillingene, tar halve uken på hytta og bare skummer fløten. Man kan fort få følelsen av at det er en underliggende tanke om at det kun er i den offentlige institusjonshelsetjenesten at det jobbes hardt og ytes kvalitet. Da kan man bli inspirert til å snakke om styrkene ved å drive egen praksis. Felles for alle næringsdrivende leger er at vi har en del frihet til å organisere praksisen slik vi mener det fungerer godt og det blir mye tid med pasientkontakt når legene får styre dagen sin selv. Effektiviteten er høy, og man kan gi pasientene kontinuitet og fleksibilitet i tilbudet. Ikke alle vet at for avtalespesialister er inntektssiden bundet gjennom takstsystemet, – men felles for alle næringsdrivende er at inntekten påvirkes av aktivitet. Jeg tror også at vi har den samme ambisjonen om å gjøre godt medisinsk arbeid.

I sammenhenger der avtalespesialistordningen drøftes med Staten og RHFene møter vi spørsmål om kvalitet. Jobber man likt på og

utenfor sykehus med sammenlignbare problemstillinger? Vurderes henvisninger likt? Er det forskjeller i pasientpopulasjonene? Er det forskjeller i kontrollhyppighet og andel nyhenviste pasienter? Avtalespesialistene kan vise til at vi skal følge prioriteringsveilederne som legger føringer for arbeidet. Vi leverer data om aktivitet til NPR, og Helfo har tall for takstbruk – til sammen gir dette en oversikt over aktivitet. I den grad denne typen tall gir informasjon om kvalitet, så er det mulig å sammenligne aktivitet og kvalitet med det som gjøres på sykehusene.

De helprivate er i mindre grad regulert og ikke bundet av prioriteringsveilederne annet enn når det jobbes på oppdrag fra det offentlige helsevesenet. Aktivitetsdata skal etter hvert rapporteres til NPR for all aktivitet også hos helprivate, men før det innføres vet vi lite om aktiviteten eller målt kvalitet. Det har vært eksempler på at store private aktører har reklamert med kampanjepriser på generell helsesjekk – slike tilfeller kan gi inntrykk av at det bedrives medisinsk overaktivitet og kan påvirke omdømmet til helprivate helsevirksomheter. Det bør være rom for å diskutere nytten av denne typen helsetjenester på samme måte som vi diskuterer medisinsk overaktivitet på offentlige sykehus og fastlegekontor i forbindelse med «Gjør kloke valg»-kampanjen. Rammene for helprivate innebærer at det er mindre trygghet for blant annet inntekt. En skeptiker kan lure på om det å ikke ha fast lønn eller en stadig strøm av henvisninger kan gjøre at praksis kan bli mer tilpasset etter spørsel enn medisinske prinsipper. Samtidig så kommer vi fra samme

utdanningssystem og har med oss utrednings- og behandlingsprinsipper fra felles fagkrets. Mange erfarer både som kolleger og pårørende at det gis god helsehjelp hos helprivate kolleger. Jeg har hørt medlemmer som arbeider helprivat fortelle at de føler seg uglesett i foreningen på grunn av arbeidsplassen de har valgt. Blir det slik at man tar mannen og ikke ballen når offentlig versus privat diskuteres?

I PSL må vi prøve å romme forskjellige syn og prøve å ivareta spekteret i medlemsmassen. Samtidig må vi ta standpunkt i enkeltsaker og da blir det vanskelig å integrere motstående syn – vi må gjøre et valg som ikke alle vil være fornøyd med. Den aktuelle saken om refusjon av laboratorietjenester berører debatten om offentlige versus private helsetjenester og noen oppfatter også at den berører integriteten til enkeltleger. I en tid der det er både økonomiske og personellmessige utfordringer i den offentlige helsetjenesten, er det ikke unaturlig at mange leger frykter at situasjonen forverres hvis den private helsevirksomheten blir for stor. Da kan det også vurderes som logisk å ta bort refusjonen for laboratorietjenester rekvirert av helprivate leger som foreslått i Statsbudsjettet. Saken legges frem som at dagens praksis er en statlig subsidiering av helprivate tjenester ved at utgiftene til laboratorieprøvene betales over offentlige budsjetter. Og den offentlige pengebruken skal ned – da er dette et av mange formål som risikerer kutt. Her vil nok medlemmene i PSL være prinsipielt uenige om hvorvidt disse lab-tjenestene fortsatt bør dekkes for alle helsevirksomheter. Men uten at man egentlig trenger å ta stilling til prinsippet, tenker PSL-styret at det

er forhastet å komme med et sånt forslag uten å utrede konsekvensene for pasientene og håndteringen av de problemstillingene de oppsøker helprivate behandlere med.

Hvis refusjonen skal kunne tas bort sånn uten videre ligger det en antagelse til grunn om at prøvene stort sett er unødvendige og heller ikke vil bli tatt et annet sted – altså at kostnadene ikke vil flyttes til annen rekvirent. Hvis man derimot antar at mange av disse prøvene vil bli tatt uansett – altså at det er god indikasjon – kan mye av arbeidet med prøvetaking og håndtering i stedet måtte bli gjort i det offentlige fordi det ellers blir for dyrt for pasientene. Da vil man ikke spare penger og kan få en økt arbeidsmengde i et allerede presset offentlig helsevesen. Den avlastende effekten de helprivate praksisene kan ha i forhold til offentlige helsevesenet vil kunne bli mindre. Forslaget vitner om liten tillitt til det som gjøres av arbeid i helprivate virksomheter uten dokumentasjon som støtter at dette er riktig vei å gå. Det er spesielt uheldig at dette forslaget legges frem før man har satt i gang NPR-registreringen som vil kunne gi nyttig informasjon om aktiviteten i helprivat helsetjeneste.

Jeg har fått spørsmål om ikke det er vanskelig å lede en forening som skal jobbe for å styrke avtalespesialistene samtidig som PSL også skal støtte interessene til de helprivate medlemmene. Til det kan jeg nå svare at det ikke er helt enkelt, men lettere enn jeg trodde. I det store helsepolitiske bildet er også PSL opptatt av at det må gjøres tiltak for å forbedre stadig mer utfordrende arbeidsforhold i store deler av den

offentlige helsetjenesten. Som leder i PSL opplever jeg at det er mulig å integrere ønsket om gode offentlige tjenester med ønsket om at mine kolleger som jobber helprivat også skal ha gode rammer. Målet er at vi alle skal få et bra arbeidsliv, kan levere kvalitet til pasientene vi møter og bidra i det store bildet av helsetjenester.

Yngvild Skåtun Hannestad
Leder

Skann QR-koden



Skann QR-koden
for å lese prinsipp- og
arbeidsprogram for PSL

Redaktørens ord

Kalenderen viser i skrivende stund sen november, og det lir mot jul og adventstid – og et nytt år. Året vi snart kan se tilbake på ble tradisjonen tro innledet med den årlige sykehustalen, som helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre i fjor hadde gitt et nytt navn. Helsetalen 2025 signaliserte nye takter, der samhandling skulle gis høy prioritet i helsetjenesten. Ved inngangen til 2026 er det igjen tid for å se fremover.

Helsedirektoratet publiserte i oktober rapporten «Trender og utviklingstrekk for helse- og omsorgssektoren og muligheter innen digitalisering», der det tegnes et dystert utfordringsbilde for helse- og omsorgssektoren. Mulighetsrommet på sin side ligger innenfor den digitale transformasjonen, som forventes å bidra til bedre pasientbehandling, mer effektiv ressursbruk, og forbedrede arbeidsforhold for helsepersonell. Integrerte digitale løsninger kan gi oss en helsetjeneste som er mer sammenhengende, med raskere diagnostisering og behandling, samt økt pasientsikkerhet.

Løsningene kommer, og vil gradvis gjøres tilgjengelige også for avtalespesialistene. Ellen Jaatun forteller i denne utgaven av Legekunsten om

nye funksjonaliteter som er underveis. Samtidig ønsker PSL tilbakemeldinger fra deg som avtalespesialist om hvilke funksjonaliteter du ønsker at skal prioriteres, og ber deg svare på en liten undersøkelse.

Regjeringen har i sitt forslag til statsbudsjett gått inn for å avvike refusjon for laboratorieanalyser for spesialister uten avtale. Dette vekker reaksjoner, og det er knyttet bekymring til om forslaget som er fremmet mangler basis i et konkret tallmateriale. Aktivitetsregistreringen som ble besluttet innført for spesialister uten avtale for et år siden har ikke kommet i gang. Konsekvensene av forslaget kan derfor være uoversiktlige.

Det er ulike meninger om saken, og vi bringer derfor to motstridende synspunkter for å belyse problemstillingen sett fra ulike ståsted.

I 2003 tok Thom og Helene Topstad med seg barna og flyttet til Etiopia. Et nyetablert samarbeidsprosjekt mellom Haukeland Sjukehus og Addis Ababa Universitet skulle bli starten på et livslangt engasjement. Prosjektet la grunnlaget for Etiopias første avdeling for rekonstruktiv plastikkirurgi, som i dag har utdannet mer enn 70 etiopiske plastikkirurger.

– For oss har det å drifte en privat klinikk gitt oss mulighet til å bidra i Etiopia, forteller Thom Topstad, spesialist i ØNH sykdommer og i plastikkirurgi, ved Eminent Plastikkirurgi i Kristiansand.

Sykehusflukten har ført til økt press og flere søkere til utlyste hjemler. Frødis Olafsen og Even Holt gir i denne utgaven av Legekunsten gode råd til tillitsvalgte som deltar



i intervjuer ved hjemmeloverdragelse. De erfarer at klagemengden øker, noe som bidrar til forsinkelser i saksgangen også for andre hjemmelutlysninger. Stikkordene for å bidra til færre klager – og kunnskap om avtalespesialistordningen – er god informasjon til søkerne.

Ønsker dere alle en riktig god jul og et godt nyttår!

Lene Sjøgaard Gloslie
Redaktør Legekunsten

Skann QR-koden



Skann QR-koden for å lese Helsedirektoratets rapport *Trender og utviklingstrekk for helse- og omsorgssektoren og muligheter innen digitalisering*



Foto: Jose | Pixabay

Ny pris- og avtalemmodell fra Norsk helsenett – avvent signering

Norsk helsenett (NHN) har sendt brev til næringsdrivende leger med krav om signering av ny pris- og avtalemmodell. Allmennlegeforeningen og PSL ber leger avvente signering.

AV: LENE SØGAARD GLOSLIE

Per i dag inngås det avtale mellom NHN og legekontoret. Denne gjelder for alle som er ansatt eller tilknyttet legekontoret gjennom vikariater eller på annen måte. Mange gruppepraksiser har utpekt én lege som er ansvarlig for å holde oversikt og orden i slike avtaler.

– NHN ønsker nå å inngå en ny avtale der det er helsevirksomheten som er avtalepart. Altså vil det være hver enkelt næringsdrivende lege som må inngå en individuell avtale med NHN. Endringen innebærer at hver lege må bruke tid på å sette seg inn i kompliserte avtaler. Dette skaper uklarheter, og Legeforeningen har over tid frarådet NHN å endre avtalevilkårene, sier Aadel Heilemann, seksjonssjef og advokat i Legeforeningen.

Uklare og utydelige ansvarsforhold

Det er flere aspekter ved den nye avtalen og partsforholdet i denne som ikke er avklart sentralt mellom partene. Legeforeningen mener at legekontoret er den naturlige avtalepart og at modellen ikke tilfredsstillende håndterer hvordan blant annet hjelpepersonell og vikarer skal forholde seg til flere leger i samme praksis. Omleggingen vil kunne gi uklare og utydelige ansvarsforhold, og et økt byråkrati gjennom svært mange enkeltavtaler og uavklarte løsninger for signering og bruk av NHNs tjenester. Legeforeningen mener at dette vil frata legene tid til pasientbehandling, og ser samtidig et behov for en bekreftelse på at avtalen ikke blir dyrere.

– Et sentralt spørsmål er hvordan LIS-leger, vikarer, konsulenter og

sykepleiere skal dekkes gjennom de nye avtalevilkårene. For at dette skal la seg gjøre må trolig legekontoret fortsatt ha en egen avtale, i tillegg til at hver enkelt lege må signere sin avtale. Dette kan gi økte kostnader for næringsdrivende leger, særlig i små og mellomstore praksiser, og Legeforeningen vurderer at omleggingen vil virke mot sin hensikt, sier Heilemann.

Den nye modellen kompliserer ansvarsforholdene mellom kommune og lege i fastlegepraksiser med såkalte 8.2-avtaler, og også KS har motsatt seg modellen.

Nasjonale e-helseløsninger

NHN begrunner ny pris- og avtalemmodell med en ny fortolkning av virksomhetsbegrepet i forskrift om nasjonale e-helseløsninger. NHN fremholder på sin side at dersom leger ikke signerer vil mye stoppe opp, for eksempel helsekort for gravide.

– Legene ønsker naturligvis også å få de nasjonale løsningene på plass, og kan oppleve seg tvunget til å signere avtalen. Det skjer mye innen e-helse nå, så vi håper denne saken kan bli løst på en god måte, sier Heilemann, og legger til:

– Alle leger er forpliktet til å inngå avtale med NHN, som befinner seg i en monopolsituasjon. NHN er en offentlig, men også selvstendig aktør, og Legeforeningen ønsker å få avklart om dette er en akseptabel fremgangsmåte. Som monopolaktør, må man utvise særlig varsomhet med hva man gjør, sier hun.

Ønsker direkte finansiering

Når det gjelder finansiering, er Legeforeningen prinsipielt kritisk til dagens modell med delt ansvar mellom RHF, kommuner og private aktører.

– Vi mener staten bør finansiere helsenettet direkte. Nasjonale digitale løsninger må forstås som felles infrastruktur, ikke som tjenestekjøp. Så lenge denne finansieringsmodellen opprettholdes, mener Legeforeningen at en mer hensiktsmessig tilnærming overfor næringsdrivende leger ville være at medlemsavgift og tilknytningskostnader blir finansiert over tilskuddsrammene i avtalespesialist- og fastlegeordningene, sier Heilemann.

Avventer avklaring

– Saken er brakt inn for departementet, og vi avventer en avklaring. Fordi vi har disse prosessene på gang med staten og NHN, er det uhenktsmessig at mange leger signerer nå. De som signerer er avtalemessig forpliktet, kanskje også dersom vi får til en annen og bedre løsning. Derfor anbefaler Legeforeningen og PSL å avvente til alt er avklart, avrunder Heilemann.

De som likevel må signere nå kan forsøke å ta et forbehold om at vilkårene skal oppdateres dersom utfallet av de pågående prosessene tilsier det.



Aadel Heilemann, seksjonssjef og advokat i Legeforeningen. Foto: Legeforeningen

Spesialister uten avtale kan miste refusjon for labanalyser

– Kan gi uforutsette konsekvenser

Regjeringen har i statsbudsjettet foreslått å avvikle refusjon for laboratorieanalyser rekvirert av private behandlere uten avtale med det offentlige. Det møter reaksjoner.

AV: LENE SØGAARD GLOSLIE

– Vi tror det ligger en antagelse til grunn om at det gjøres en del unødvendige laboratorieundersøkelser hos private behandlere. Det er et feilaktig premiss. De aller fleste leger som jobber helprivat, har hatt sin opplæring på sykehus og benytter prosedyrer for utredning og oppfølging av pasienter på medisinsk indikasjon, på samme måte som ved sykehusene, sier Eli Synnøve Lilleskog og Emilia Hugdahl, hudleger ved Bryggen Hudlegesenter i Bergen.

De etterlyser tallmateriale, og en oppfølging av regjeringens beslut-

ning fra i fjor om rapporteringsplikt for helprivate leger.

NPR for private helsetilbydere

– Regjeringen besluttet i fjor at det skal bli obligatorisk for private behandlere uten avtale å dokumentere praksisen sin – noe vi ønsker varmt velkommen! Vi vil gjerne vise frem hva vi utfører, og vi er positive til at en aktivitetsrapportering kommer på plass. Dette vil gi oversikt over hvilke behandlinger og behandlingsforløp som utføres av helprivate. Spørsmålet er hvorfor regjeringen ønsker

å legge om refusjonsordningen før innrapporteringen har kommet i gang? Spør Hugdahl.



Vi vil gjerne vise frem hva vi utfører, og vi er positive til at en aktivitetsrapportering kommer på plass



Foto: Akram Huseyn | Unsplash

Det er FHI som har fått ansvar for den bebudede aktivitetsrapporteringen. På deres nettsider heter det:

«Virksomheter som tilbyr privatfinansierte helse- og omsorgstjenester, skal fremover rapportere aktivitetsdata til Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Formålet med rapporteringen er å få bedre innsikt i befolkningens bruk av helsetjenester, og å styrke kunnskapsgrunnlaget for planlegging, styring, kvalitetsarbeid og forskning.»

Imidlertid opplyses det samtidig på nettsiden at systemene ikke er på plass ennå.

– Før regjeringen kommer med et forslag som dette burde tallmateriale





Eli Synnøve Lilleskog, hudlege ved Bryggen Hudlegesenter i Bergen.
Foto: Morten Wanvik

veldig mye dyrere for samfunnet, sier Lilleskog.

Ved Bryggen hudlegesenter handler om lag 50 % av konsultasjonene om diagnostisering og behandling av hudkreft. Laboratorieanalysene som rekvireres handler med andre ord om nødvendige prøver som sendes inn for å avdekke hudkreft. Det er de samme prøvene som må tas uavhengig av om pasienten har oppsøkt det private eller offentlige helsevesen.

– Vi mener at dette vil gå utover pasientene, og medføre en forsinkelse av diagnose, der

pasienten må gjennom en løype via offentlige leger som fastleger, hudleger og kirurger. Ventelistene blir påvirket, noe som ikke bare går ut over pasienter som kunne ha blitt raskt diagnostisert og behandlet hos oss, men også andre pasienter som befinner seg i den offentlige helsekøen. Ved mistanke om føflekkreft vil pasienten bli prioritert, og forskyve andre, sier Hugdahl, som forventer et økt press på de offentlige helsetjenestene.

Samtidig er det en fare for at pasientsikkerheten svekkes ved at det er større risiko for feil underveis.

– Vi vil i mange tilfeller starte et diagnostisk løp som vi ikke får fullføre, sier Lilleskog.

Har det offentlige kapasitet?

– Har det offentlige helsevesen kapasitet til å ta alle pasientene som i dag går til private legespesialister?

Spør Lilleskog, og fortsetter: – Her i Bergen er vi hele ni helprivate hudleger som alle har et veldig stort volum av hudkreftdiagnostikk, og som i dag ikke belaster det offentlige i det hele tatt.

– Pasienter kommer til oss på grunn av lang ventetid i det offentlige helsevesen, for diagnostisering og behandling. Dersom de skal måtte betale mye mer for å få gjort utredning og behandling av hudkreft hos oss, vil nok de fleste av økonomiske grunner velge å vente på time i det offentlige likevel. Altså at vi henviser til utredningen og behandlingen som vil kreve bruk av laboratorietjenester. Vi henviser allerede i dag pasienter som ønsker det, til det offentlige, sier Lilleskog.



Det vil redusere pasientsikkerheten, øke ventelistekøene og det vil bli veldig mye dyrere for samfunnet

Bidrar til todelt helsevesen

– I dag har vi ingen pasienter med helseforsikring. Dersom pasientene blir pålagt å betale for laboratorieanalyser hos private behandlere blir det raskt for dyrt å velge privat spesialist for mange. Det vil nok føre til at flere vil ønske å anskaffe helseforsikring, noe som igjen vil drive prisen på helseforsikring opp. En uforutsett konsekvens kan bli at regjeringen bidrar til å øke markedet for helseforsikringer, sier Lilleskog.



En uforutsett konsekvens kan bli at regjeringen bidrar til å øke markedet for helseforsikringer

foreligge. Vi frykter at dette går for fort, og at regjeringen foreslår tiltak på et manglende datagrunnlag. Vi får lyst til å spørre – vet de hva de foreslår?



Vi frykter at dette går for fort, og at regjeringen foreslår tiltak på et manglende datagrunnlag

Konsekvenser for pasientene

– Slik vi ser det vil en avvikling av refusjon for laboratorieanalyser rekvirert av private behandlere gi en rekke konsekvenser for pasientene. Det vil redusere pasientsikkerheten, øke ventelistekøene og det vil bli

– Konsekvensene av forslaget har vært lite belyst, men vi tror at de vil være store for befolkningen, og for helsevesenet. Regjeringen skriver i sitt høringsnotat at de på sikt ser for seg at helprivate legesentre vil opprette egne laboratorier. Dette vil kreve laboratorieansatte og patologer. Og hvor skal man hente folk til dette? Svaret er naturlig nok sykehusene, noe som vil gi nok en negativ konsekvens for den offentlige helsetjenesten, sier Hugdahl.

Kompetansetap og ansvarspulverisering

– For oss helprivate vil det måtte bety at vi må endre vår praksis. For at det skal bli økonomisk bærekraftig, tvinges vi kanskje over til å jobbe mer med benigne tilstander. Det innebærer at vi ikke får brukt en kompetanse samfunnet har behov

for, sier Lilleskog, og slår fast at pasienter med hudkreft fortsatt må behandles.

– Hvis vi ikke selv kan rekvirere prøvene for pasientene våre, må vi be fastlegen rekvirere prøvene pasientene trenger, eller vi må henvise til sykehus eller avtalespesialist. Det store spørsmålet blir hvordan pasientsikkerheten vil opprettholdes, når vi som før har kunnet følge pasienten fra første konsultasjon, gjennom prøvetaking og mottak av prøvesvar, til behandling, helt mister kontrollen på dette. Det må avklares hvordan samarbeidet vi har til fastleger, spesialister med hjemmel og på sykehus skal være, og hvor det juridiske ansvaret i pasientbehandlingen skal ligge, sier Hugdahl.



Emilia Hugdahl, hudlege ved Bryggen Hudlegesenter i Bergen. Foto: Morten Wanvik

Å spare seg til fant

Lilleskog og Hugdahl mener det er tvilsomt at regjeringen vil spare de 258 millionene som er forutsatt i statsbudsjettet, men at forslaget snarere vil bidra til betydelig økte utgifter, og til å skyve pasienter over i den offentlige helsekøen og skape økt press der.



Pasientene vil bare flyttes over til den offentlige helsetjenesten og ventelistene der

– Pasientene forsvinner jo ikke, og prøvene må uansett tas. Pasientene vil bare flyttes over til den offentlige helsetjenesten og ventelistene der. Dette vil selvfølgelig også koste, i tillegg til å utgjøre en belastning for pasienten. De pasientene som fortsatt ønsker å la seg behandle i den private helsetjenesten, vil sannsynligvis anskaffe helseforsikring, noe som igjen vil kunne føre til en raskere vekst av private helseaktører. De store aktørene vil vokse, og vekst vil bety at de trenger mer ressurser i form av folk. Disse vil igjen hentes fra offentlige sykehus, sier Lilleskog.

– Å opprettholde refusjon for relevant prøvetaking i oppfølgingen av pasienter, som er det de fleste av oss private leger driver med, må være til både pasientenes og det offentlige helsevesenets beste, avslutter Hugdahl.

Skann QR-koden for å lese artikkel i Dagens Medisin



«Vil ikke lenger dekke laboratorieprøver bestilt av private behandlere» i Dagens Medisin

– Et fornuftig tiltak

Støtter regjeringens forslag om å avvikle refusjonsordningen for laboratorieanalyser for helprivate.

AV: LENE SØGAARD GLOSLIE

– Jeg tenker at regjeringens forslag er et fornuftig tiltak. Min hovedbegrunnelse for det er at dette er fellesskapets midler, og de bør brukes på vårt felles helsevesen; det offentlige. Det offentlige knaker delvis i grunnvollene for tiden, både med tanke på bemanning og geografisk dekning av tjenester. Jeg mener derfor at det offentlige helsevesen bør styrkes, og derfor bør disse midlene tilføres det offentlige, sier Helge Danielsen, hudlege og avtalespesialist hos Hudlege Danielsen på Voss.

”
Det offentlige knaker delvis i grunnvollene for tiden, både med tanke på bemanning og geografisk dekning av tjenester

Han utdyper:

– Det grunnleggende spørsmålet her er hvilket helsevesen vi ønsker å ha. Vil vi ha et offentlig helsevesen, må vi også gjøre noe for å beholde det

Prioritere distriktene

Danielsen mener sakens kjerne er hvilke ressurser det offentlige får over, og hvordan de skal benyttes.

– Om vi tar bort refusjonen for private spesialister, kan det offentlige bruke midlene til å opprette hjemler. Jeg mener de bør prioritere det, og tenker at midler som går til

”
Om vi tar bort refusjonen for private spesialister, kan det offentlige bruke midlene til å opprette hjemler

laboratorieundersøkelser for private spesialister heller kunne gå til å styrke avtalespesialistordningen i distriktene, sier han.

Danielsen erfarer at det kan være krevende å få søkere til hjemler i distriktene, og etterlyser en bedre innsats fra de regionale helseforetakene (RHF) for å sikre opprettholdelse av hjemler og helsetjenester der folk bor.

– Jeg tror at den eneste farbare veien for småpraksiser i distriktene

på sikt, er en form for gruppepraksis. Yngre leger vil i gruppepraksis, og er ikke ivrige på å overta solopraksiser i distriktene.

Styrke det offentlige tilbudet

Danielsen er ikke bekymret for at en avvikling av refusjonsordningen for helprivate kan føre til et større press på det offentlige helsevesen.

– Jeg tror at de fleste pasienter som velger helprivate helsetjenester vil fortsette å bruke dette, selv om kostnadene øker noe ved at de selv må betale for laboratorietjenester. Men en del vil nok i en slik situasjon søke seg til de offentlige helsetjenestene, sier han, og legger til:

– Her tenker jeg at det offentlige, med helseforetakene, i en situasjon med økte midler kan styrke det offentlige tilbudet. Til nå har RHF ikke gjort det. Et eksempel er hvordan utviklingen har vært i Hordaland fra jeg begynte i som avtalespesialist i



Foto: Testalize.me | Unsplash

1999. Da var vi seks avtalespesialister i hudsykdommer, og nå er vi fortsatt seks avtalespesialister.

– De helprivate har i samme periode økt fra en til ni. Om presset blir for stort på det offentlige må RHF blant annet bruke midlene på å opprette nye hjemler for avtalespesialister. Om en bruker midlene slik, kan en bedre samordne tilbudet



Helge Danielsen, hudlege og avtalespesialist hos Hudlege Danielsen på Voss. Foto: Privat

er sårt tiltrengt i det offentlige helsevesen. De vil etter min mening kunne nyttes bedre der, og styrke den delen av vårt helsevesen som kan styres geografisk, og som tilbyr grunnleggende helsetjenester til offentlig egenandel, sier Danielsen.

Legekunsten har vært i kontakt med avdelingsoverlege for Hudavdelingen ved HUS, Ingeborg Backmann, som bekrefter at de der stiller seg positive til en avvikling av refusjonsordningen for helprivate, og at avdelingen vil levere et hørings svar i saken.

– Vi må huske at to av grunnpilarene i vårt helsevesen er at vi skal tilby helsetjenester til en offentlig egenandel som er lik for alle, og at en skal prøve å yte disse helsetjenestene nær pasienten, også ute i distriktene. Dette må vi ikke glemme når det skal avgjøres hvordan offentlige midler skal fordeles, slik som i denne saken, avrunder Danielsen.



Vi skal tilby helsetjenester til en offentlig egenandel som er lik for alle, og (...) yte disse helsetjenestene nær pasienten

som blir gitt av avtalespesialister og sykehuspoliklinikker, sier Danielsen.

To grunnpilarer

– Vi har nylig hatt et møte mellom ledelsen på Hudavdelingen på Haukeland Universitetssjukehus (HUS), og avtalespesialister i hudsykdommer i Vestland. Det var enighet om at å avvikle refusjonsordningen for helprivate er et riktig tiltak. Midlene

Kjenner du de nye HMS-kravene?

Gratis webinar for avtalespesialister
Tirsdag 20. januar kl. 15.45–16.30

- ♥ Endringer i arbeidsmiljøloven fra 1. januar
- ♥ Bedriftshelsetjeneste – lovkrav og praktiske råd
- ♥ Ansvarlig bruk av kunstig intelligens i helsetjenesten



Trinnvis er et brukervennlig HMS- og kvalitetssystem som forenkler driften og hjelper avtalespesialister å oppfylle myndighetenes krav til internkontroll, HMS, personvern og datasikkerhet.

Som en del av samarbeidet mellom PSL og Trinnvis får alle medlemmer gratis etablering og oppstartskurs – i tillegg til 30 % medlemsrabatt på abonnementet.



Skann koden og meld deg på!

 **trinnvis**
Drift • HMS • Kvalitet

Er det en fremtid for solopraksis i distriktene?

Mens sykehusflukten gir økt press på hjemler i sentrale strøk, kan rekrutteringen være krevende i distriktene. Hvordan ser fremtiden ut dersom trenden ikke snur – og er det liv laga for solopraksis i distriktene?

AV: LENE SØGAARD GLOSLIE

– Trenden går mot gruppepraksis eller samlokalisering, og fremtiden til solopraksis i distriktene avhenger av at ulike spesialiteter samlokaliseres. Leger i dag ønsker å ha et fagfellesskap rundt seg og mer normale arbeidstider. Samtidig er samlokalisering kostnadsbesparende, og lønnsomt også for kommunene, sier øyelege Rudolf Altenau på Voss.

Altenau nærmer seg pensjonsalder, og har ventet lenge på en arvtaker til praksisen. Hjemmelen har vært lyst ut tre ganger, uten resultat.

– Mitt neste steg er å be om at hjemmelen lyses ut på ny. Jeg vil forstå for Helse Vest at den lyses ut i Danmark og Tyskland, noe som burde vært gjort for lenge siden. Jeg planlegger å avslutte praksisen en gang i 2026, og håper at den vil videreføres her på Voss for befolkningens del. Om ingen overtar hjemmelen vil Helse Vest stå fritt til å flytte den. Dette er et stort distrikt, og jeg har 31 000 mennesker i min omkrets. Det innebærer 150 % jobb. Derfor kontaktet Helse Vest allerede i 2019, siden jeg så at det var grunnlag for to hjemler her, men de ønsket ikke det, sier Altenau, som påpeker at helseforetakene har en oppgave i å sikre spesialister til distriktene.

– Dersom jeg hadde vært i deres situasjon ville jeg brukt lovverket og instruert sykehusene om å ansette til øremerkede stillinger i distriktene, sier Altenau.

Samfunnsøkonomisk kostbart

– Ifølge helseforetaksmodellen skal man ha tilgang til helsetjenester der man bor. Vi har sykehus her, men ikke for alle spesialiteter. Spesialitetene vi mangler ville egnet seg godt for avtalepraksis, sier Altenau, som opplever stor støtte i lokalmiljøet. Dersom øyelegen forsvinner, blir tilbudet til barn og eldre særlig skadelidende.

– Folk blir eldre, og alle barn skal til fireårskontroll. Da jeg kom hit i 1990 var mange barn forsømt. Dersom hjemmelen ikke videreføres her, blir konsekvensen for pasientene en lang reisevei til Bergen. Foreldre må også ta seg fri fra jobben for å følge barna, sier Altenau.

– Pasienter vil få dekket reisekostnader, men en tur med taxi tur-retur Bergen koster gjerne mer enn selve konsultasjonen. Når avtalespesialisten forsvinner blir potten til reisekostnader større enn de medisinske kostnadene. Samfunnsøkonomisk er det en veldig dårlig løsning å ikke ha helsetjenester der folk bor.

Helseforetaksmodellen

– Helseforetaksmodellen har ført til en sentralisering. Den fungerte sikkert fint på skrivebordet, men den fungerer ikke etter hensikten. Uten en plan for å samlokalisere praksis i distriktene – og man bør minimum være to – vil det ikke være tilstrekkelig attraktivt å være avtalespesialist i distriktene, sier Altenau, som mener RHFene mangler innsikt i praksis.

– De små sykehusene langs kysten deler en pott. I det bildet synes ikke en enslig avtalespesialist i distriktet så godt. Tidligere var det fylkestinget som tildelte hjemler, og de hadde større innsyn i behov og utfordringer lokalt. Staten overtok ansvaret fra fylkene for å få økt funksjonsutnyttelse, og helseforetaksreformen skulle sikre at folk skulle få likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted. Dette har kommet ut av politisk kontroll og er delegert til RHFene. Det er nå helseforetakene som styrer seg selv.



Når avtalespesialisten forsvinner blir potten til reisekostnader større enn de medisinske kostnadene

Demografi viktig

– Politikerne ønsker at det deles ut hjemler etter hvor mange mennesker som bor i et område. Jeg etterlyste en fremtidsplan for oftalmologi tilbake i 2019, og fikk til svar at det finnes ingen slik plan for indre deler av Vestland. Hjemlene flyttes dit man tror man kan få fylt hjemmelen, ikke ut fra behovet, sier Altenau, som har mener at det ikke holder å regne på folketall alene, men at man må se på demografien.

– Jeg har laget demografiske oppsett over hvor det bor folk i indre Hordaland og Bergen. Dersom man ser på aldersforskyvningen mellom



De små sykehusene langs kysten deler en pott. I det bildet synes ikke en enslig avtalespesialist i distriktet så godt

by og land, trer det frem noen viktige forskjeller. I distriktet har vi ikke studenter og unge som er i den alderen at de flytter ut. Det er få arbeidsplasser her og ingen studiemuligheter. Vi har de små barna, og det fødes flere barn i indre deler enn i byene. Av den voksne populasjonen sitter vi igjen med de som produserer barn og de gamle, som også er de som trenger øyelegjetjenester mest, sier Altenau.



Dersom man ser på aldersforskyvningen mellom by og land, trer det frem noen viktige forskjeller

Utfordringer i solopraksis

– Øyefaget er en spesialitet som virkelig vil ha gevinst av KI, noe som samtidig lar seg forene med å arbeide i distriktene. For en solopraksis vil det være kostbart å anskaffe alt av det som kommer av nytt utstyr. Her bør driftstilskudd og takster speile utviklingen bedre. Det er ikke god økonomi å være i solopraksis. Med to hjemler samlet vil mulighetene være større.

Altenau er samlokalisert med fem allmennleger i samme bygg og etasje, som han spiser lunsj med hver dag. I tillegg har en optiker og



Fra venstre: Øyelege Rudolf Altenau, sammen med de ansatte i praksisen Maren H. Ekornrød Langesæter og Hilde Vethe Styve. Foto: Privat

en psykolog flyttet inn i samme bygg. Å ha et sosialt fellesskap rundt seg er viktig.

Andre steder i landet er det etablert en ambulerende praksis i distrikt en dag i uken.

– På Vestlandet, med store avstander, fjorder og fjell må du nesten bo på stedet for å drive avtalepraksis, sier Altenau. I en solopraksis er det samtidig vanskelig å få vikar når det er behov for det. I distriktene må du bare gå på jobb.

– Jeg fikk tilbud om en vikarordning av Helse Vest, siden det ikke var søkere til hjemmelen, men det ville være opp til meg å administrere det hele. Det ville gi en dårligere tjeneste for mine pasienter, og en stor skrivebordjobb for meg å være vikarbyrå på egne vegne, sier Altenau, som ennå ikke har trappet ned til 100 % hjemmel.

Nedtrapping til 100 %

– 3 300 konsultasjoner utgjør en hjemmel, men jeg har ligget på over 4 500 etter at jeg begynte å trappe

ned. Tidligere var jeg oppe i 5 000. Jeg har aldri fått klager på at jeg går over normtallet, men det er heller ingen som har vist forståelse for at vi burde være to avtalespesialister her, sier Altenau, som har 35 år bak seg i praksisen.



På Vestlandet, med store avstander, fjorder og fjell må du nesten bo på stedet for å drive avtalepraksis

– Det å drifte en praksis krever noe mer. Man må ha personlig forhold til ansatte, det skal være en god dag hver dag. De ansatte føler samtidig et veldig ansvar for driften her, så også for deres del håper jeg at kompetansen vi sammen har bygget opp videreføres her på Voss, avrunder Altenau.



Voss – omgitt av fjell, men langt fra å være et sted der «ingen skulle tru at nokon kunne bu». Med eget sykehus, videregående skole og et aktivt sentrum burde det ligge til rette for avtalepraksis. Foto: Barnabas Davoti | Unsplash

– Avtalespesialistordningen stemoderlig behandlet

Helseforetaksmodellen skulle sikre innbyggerne likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester, uavhengig av bosted.

AV: LENE SØGAARD GLOSLIE

– Avtalespesialistordningen hadde som mål å få til desentraliserte spesialisthelsetjenester utenfor sykehus. Det har man ikke fått til i tilstrekkelig grad, og distriktene opplever rekrutteringsutfordringer. Mange ønsker å være der de store fagfellesskapene er, og de fleste avtalehjemler er plassert i nærheten av sykehus. Solopraksis i distriktet er

ikke like attraktivt, sier Kjersti Toppe (SP), leder i Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget, som ser behov for en gjennomgang, med mål om å gjøre ordningen mer attraktiv for leger å etablere seg i.

– Avtalespesialistordningen har vært stemoderlig behandlet. De utgjør en stor faktor i pasientbehandlingen

med rundt 25 % av poliklinisk aktivitet. Dette avlaster sykehusene, som ikke kunne håndtert den mengden pasienter uten avtalespesialistene. Det er viktig at avtalespesialistene klarer å opprettholde den kapasiteten de har nå, og bidra inn i venteløstet. Allikevel hører vi lite om dem fra politisk hold, sier Toppe.



Utfordringer i distriktene

– Ved generasjonsskifte ser vi at det kan være vanskelig å rekruttere til solopraksis i distriktene. Flerlegesenter kan være krevende å få til, og logikken kan være at da må vi heller plassere hjemlene i nærheten av byene. Ut fra et pasientperspektiv må man prøve å tilrettelegge for det faglige fellesskapet på en annen måte, gjennom sykehuset. Og etablerte mekanismer som gjør inkluderingen i det offentlige fagmiljøet mer forpliktende, sier Toppe, som mener at de regionale helseforetakene må være mer fremoverlente og lytte til hva legene egentlig ønsker.

– Det er mangel på spesialister i Norge, og det vil ikke alltid være enkelt å rekruttere, men da må man tilrettelegge bedre. Men også øke kravene til desentralisering og geografisk spredning.

Øke antall hjemler – distriktpolitisk virkemiddel

– Det er en stor utfordring at flere veldig erfarne spesialister forsvinner fra sykehusene. Avtalespesialistene lener seg også på fagkompetansen som finnes der, og det er viktig å beholde kompetansen ved sykehusene. Selv om det ikke utgjør noen løsning på den flukten vi ser nå, tror jeg det ville være klokt av det offentlige å satse mer på avtalespesialistordningen. Det er bedre at det opprettes flere avtalespesialisthjemler enn at legene går privat, siden de da fortsatt vil være en del av det offentlige helsetilbudet, sier Toppe.

Samtidig må det tilbys ordninger som det er mulig å stå i over tid.

– Det er gjerne autonomien og det å være en fagperson som er viktig for en avtalespesialist. Men antallet hjemler på et sted må også stå i forhold til pasientgrunnlaget. Som eksemplet fra Voss viser, kunne det vært to hjemler der.

Helseforetaksmodellen er problematisk, og fra SP sin side ønsker vi en modell med et større nasjonalt ansvar og en nasjonal finansiering

Helseforetaksmodellen problematisk

– Helseforetaksmodellen er problematisk, og fra SP sin side ønsker vi en modell med et større nasjonalt ansvar og en nasjonal finansiering. En overordnet nasjonal plan vil sikre at helsetjenester



Kjersti Toppe (SP), leder i Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget. Foto: Stortinget

baseres på lokale behov. For den offentlige helsetjenesten kan det i dag være vanskelig å prioritere avtalespesialistordningen, siden det tar av sykehusenes budsjetter, sier Toppe, som mener en omlegging vil tjene avtalespesialistordningen og gi grunnlag for samlokalisering eller gruppepraksiser.



Når reisekostnadene overstiger prisen på helsetjenesten, er samfunnskostnaden stor

Toppe holder frem Voss som et eksempel på at pasientperspektivet blir borte i dagens modell.

– Om de mister øyelege på Voss blir det en byrde for pasientene. Voss er heller ikke en liten plass i Norge. De har sykehus der, videregående skole og et bysenter. Om en ikke får til dette på Voss, er det mange andre steder en ikke vil få det til. Det er naturlig at folk noen ganger må reise til spesialist, men å ha helsetjenester nærmere folk bør tilstrebes. Når reisekostnadene overstiger prisen på helsetjenesten, er samfunnskostnaden stor, sier Toppe.

EPJ-løftet – et felles løft for smartere e-helse i praksis

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer e-helse som bruk av digitale verktøy for å gjøre helsetjenesten mer effektiv og tryggere. Det er et løfte som forplikter – men også et løfte som av og til brytes.

AV: ELLEN JAATUN, STYREMEDLEM PSL OG REPRESENTANT I EPJ-LØFTET

Vi har alle sett eksempler på hvordan nye digitale løsninger, ment for å forenkle hverdagen, i stedet har skapt merarbeid, forvirring og til og med systematiske feil som det tar tid å oppdage. Det nylige eksempelet fra NAV viser hvor sårbare vi kan være når teknologien eller systemene svikter.

Rom for forbedring

I avtalepraksis har vi heldigvis vært forskånet for de største skandalene. Våre journalsystemer er små, stabile og tilpasset hverdagen vår. Kanskje skyldes det at vi er få brukere med tett kontakt med leverandørene. Eller kanskje – og dette tror vi – handler det om at vi har god kontroll på våre prosesser. Når noe feiler, oppdager vi det tidlig. Mange av oss har også manuelle reserveløsninger som gjør at systemet fungerer selv når teknologien ikke gjør det.

Likevel er det rom for forbedring. Våre journalsystemer er gode – men ikke gode nok. Når nasjonale strategier nå setter søkelys på samhandling, effektivisering og likeverdige tjenester, møter vi nye krav: rapportering, ventelistekontroll og ressursstyring.



Våre journalsystemer er gode – men ikke gode nok

Flaskehalsen undergraver effektivitet og pasientsikkerhet

Et konkret eksempel: Når sykehusene ikke har kapasitet, får vi som avtalespesialister ansvaret for å ta over pasientene – innenfor frist. Men hvor mange av oss har et journalsystem som med ett tastetrykk kan vise ledig kapasitet og oppdaterte ventelister? Her har vi et gap mellom politikk og praksis som må vi fylles.



Flaskehalsen finnes overalt, og de undergraver både effektivitet og pasientsikkerhet

Et annet eksempel fikk mange ØNH-leger til å sette kaffen i halsen: 4-månedersgarantien for høreapparattilpasning. Søknadsprosessen for tildeling av hjelpemiddel foregår fortsatt på papir – via Drøbak – så internt elektronisk, før vedtaket sendes tilbake i posten. Vi skanner dokumentet inn igjen i journalen. En arbeidsflyt som hører hjemme i 1995, ikke 2025.

Slike flaskehalsen finnes overalt, og de undergraver både effektivitet og pasientsikkerhet. Men ingen kjenner dem bedre enn vi som står midt i praksisfeltet.



Ellen Jaatun, PhD og spesialist i ØNH, og styremedlem i PSL. Foto: Privat

Ta eierskap til vår digitale fremtid

EPJ-løftet handler ikke om å klage – men om å ta eierskap til vår digitale fremtid. Vi har kompetansen, erfaringen og engasjementet som trengs for å gjøre en reell forskjell.

Sammen kan vi:

- synliggjøre utfordringer som hindrer effektiv samhandling
- bidra med erfaringer fra hverdagen i avtalepraksis
- påvirke utviklingen av journalsystemene våre
- sørge for at e-helse faktisk blir det WHO lovet: et verktøy for tryggere, smartere og bedre pasientbehandling.

EPJ-løftet handler om at vi sammen løfter fag, system og pasientsikkerhet. Om du ønsker mer informasjon om PSL sitt arbeid for e-helse, eller lurer på hvordan du kan bli med på å forme fremtidens e-helse, ta kontakt med Ellen Jaatun på e-post: ellen@atilf.no



Nye funksjonaliteter – og hvordan får vi det vi trenger, når vi trenger det

Endringer i måten vi jobber på tar tid – og det skal det faktisk gjøre. Nye løsninger innebærer ofte at vi må justere arbeidsprosesser og oppgaver underveis. Samtidig ønsker vi at endringene skal oppleves som nyttige, relevante og bidra til en enklere arbeidshverdag.

AV: ELLEN JAATUN, STYREMEDLEM I PSL OG REPRESENTANT I EPJ-LØFTET

Mange opplever at det stadig kommer noe nytt. Fastleger og avtalespesialister har lenge rapportert høy tilfredshet med digitale verktøy og arbeidsflyt, kanskje fordi de i større grad selv kan velge hva de tar i bruk. En viktig fordel for oss er at vi deltar direkte i utviklingen av nye tjenester – og dermed kan påvirke hva som skal prioriteres.

Nå står flere spennende funksjoner for avtalespesialister for tur.

Dialog med innbygger via Helsenorge

Flere journalsystemer har nå fått på plass dialog fra journalsystemet til innbygger slik at vi har en sikker kommunikasjonskanal for personsensitiv informasjon til våre pasienter. De kan også svare på spørsmål når vi ber om det. Gradvis vil vi også kunne åpne for å gi pasientene mulighet for å ta direkte kontakt via Helsenorge med legekantoret. Dette kan påvirke hvordan vi organiserer



Nå står flere spennende funksjoner for avtalespesialister for tur

drift og oppfølging – og gir oss nye muligheter for trygg, strukturert kommunikasjon med pasientene,



E-HELSE

og kanskje redusere behov for telefontid.

Pasientens kritiske informasjon

Deling av Informasjon om implanter, legemiddelreaksjoner og annen kritisk informasjon skal deles og være tilgjengelig på tvers av helsetjenesten via kjernejournalen. Denne informasjonen vil kunne lastes ned i egen journal eller vi vil kunne oppdatere kjernejournalen fra vår journal. Dette legger til rette for bedre samhandling og økt pasientsikkerhet. Løsningen er under utvikling.



Gradvis vil vi også kunne åpne for å gi pasientene mulighet for å ta direkte kontakt via Helsenorge med legekantoret

SYSVAK – felles oversikt over vaksiner

SYSVAK vil snart vise all vaksinasjon – uavhengig av hvor den er gitt. For voksne starter dette med influen-

sa- og pneumokokkvaksine, men systemet skal etter hvert dekke alle vaksiner.

Eksempel: Gir du vaksine til egne medarbeidere, skal dette registreres. De aller fleste har mulighet for det i egen journal. Dette vil kunne oppdateres videre i SYSVAK slik at Fastlegen vil kunne se det, og pasienten unngår dobbeltvaksinering. For gynekologer kan dette være særlig nyttig ved håndtering av HPV-vaksine.

Dette er et viktig skritt mot et samhandlingssystem der vaksiner gitt på apotek, legekantor eller bedriftshelsetjeneste registreres ett sted, tilgjengelig for hele helsetjenesten.

Deling av pasientens prøvesvar

Vi nærmer oss nå en løsning som gjør prøvesvar og annen journalinformasjon tilgjengelig på tvers av nivåene i helsetjenesten. Flere leverandører kobles på fortløpende. Ta kontakt med journalleverandøren din for å høre hva de tilbyr, og aktiver tilgang hos Norsk Helsenett.

Løsninger som forberedes

Det er spilt inn flere ønsker for å gjøre hverdagen enklere:

- Mer strukturert overføring av journal (i stedet for lange PDF-filer)
- Bedre organisering av oppgaver i meldingsboksen
- Oversikt over kommunale tiltak og tjenester som pasienten mottar
- Mulighet til å ta ut rapporter og få bedre innsyn i egne pasientlister

For at vi skal kunne prioritere fremtidige prosjekter riktig, vil vi gjerne høre fra deg.

Vi ønsker din tilbakemelding!

- Hvilke av disse funksjonene opplever du som viktigst?
- Hva bør vi fokusere på først for å gjøre arbeidsdagen enklere og mer effektiv?

Del gjerne dine tanker – det er slik vi sammen sørger for at vi får det vi trenger, når vi trenger det.



Skann QR-koden for å gi oss din tilbakemelding.



Foto: Vitaly Gariev | Unsplash

Tilgang til faglitteratur

– avtalespesialistene må vente

Helse Sør-Øst RHF har inngått en avtale som sikrer alle ansatte tilgang til en rekke databaser og digitale fagtidsskrifter. Avtalen gjelder for alle ansatte i helseforetakene, private/ideelle sykehus, det regionale helseforetaket og avtalespesialister. Men foreløpig må avtalespesialistene vente.

AV: LENE SØGAARD GLOSLIE

Bakgrunnen for at avtalen ble inngått er at mange ansatte har etterlyst bedre tilgang på faglitteratur. Dette er et behov som også har blitt løftet av PSL på avtalespesialistenes vegne.

– Vi er svært fornøyde med denne avtalen. Det er viktig for oss å kunne gi ansatte tilgang til kunnskapsbasert faglitteratur innenfor en rekke områder, sier avdelingsdirektør for forskning og diagnostikk i Helse Sør-Øst RHF, Lars Eikvar.



Foto: Vitaly Gariev | Unsplash



Vi er svært fornøyde med denne avtalen. Det er viktig for oss å kunne gi ansatte tilgang til kunnskapsbasert faglitteratur innenfor en rekke områder

Manglende tilgang skaper utfordringer

For mange ansatte, og ikke minst for avtalespesialister, har tilgangen til faglitteratur gradvis blitt redusert de siste årene, og den nye avtalen er et resultat av en beslutning om å forbedre tilgangen til digitale kunnskapsressurser.

– Vi vet at bortfallet av databaser og tidsskrifter har gitt helseforetak og sykehus store utfordringer, men nå tar vi et regionalt ansvar og tilbyr

alle ansatte en meget god avtale, sier Eikvar.

Christian Grimsgaard, lege og tillitsvalgt for Akademikerne i Helse Sør-Øst, er glad for avtalen som nå er fremforhandlet.

– Dette er strålende nyheter. Tilgang til oppdatert forskning og faglitteratur er avgjørende for at vi kan beholde og utvikle kompetansen blant ansatte i sykehusene, og mange av våre medlemmer har etterlyst dette etter at tilgangen ble redusert, sier Grimsgaard.

Avtalen som er inngått omfatter

- Ovid PsycInfo
- Ovid Embase
- Ovid Medline
- Ovid Amed
- Ovid/Lippincott Williams & Wilkins Total Access Collection (om lag 300 tidsskrifter)
- New England Journal of Medicine (NEJM) inkludert NEJM AI
- Cochrane Library (tilgjengeliggjort fra Wiley)

Avtalen gjelder for tre år med muligheter for forlengelse. Helseforetak og sykehus som har egne avtaler med leverandøren, har rett til å avslutte disse for å inngå i den regionale avtalen.

Helse Nord RHF vil også utløse opsjon for sine helseforetak på avtalen, og det er også inkludert en klausul som gjør det mulig å omgjøre avtalen til en nasjonal avtale i løpet av avtaleperioden.

Tilgang for avtalespesialister

For avtalespesialistene deler jobben det nå med en løsning for å sikre tilgang for spesialister i den offentlige helsetjenesten utenfor sykehus.

– Vi arbeider fortsatt for å få anskaffet og etablert en IKT-løsning for individuell tilgangstyring til tidsskriftene i samarbeid med Sykehusinnkjøp. Det vil ikke være ulikheter i tilgang ut fra hvilken EPJ-leverandør avtalespesialistene har, sier Lars Eikvar.

Kilde: *helse-sorost.no*, 10. november 2025



Foto: Vitaly Gariev | Unsplash

Tillitsvalgtes rolle i intervjuer ved hjemmelsoverdragelse

Legeflukt fra sykehusene har ført til flere søkere til hjemler i avtalespesialistordningen. Med økt press følger også en økning i antall klager.

AV: LENE SØGAARD GLOSLIE

Vi har snakket med to erfarne tillitsvalgte som kan bidra med innsikt i, og råd for en god intervjuprosess – og et tips for å redusere antall klager.

– Når man deltar som tillitsvalgt i intervjuer ved hjemmelsoverdragelse er det viktig å være bevisst på

”

Vi skal passe på at prosessen foregår på en god og riktig måte, og at kvalifikasjonsprinsippet blir fulgt

rollen man utøver som tillitsvalgt. Vi skal passe på at prosessen foregår på en god og riktig måte, og at kvalifikasjonsprinsippet blir fulgt, sier Frøydis Olafsen, spesialist i barnesykdommer ved Moloklinikken, som i likhet med sin kollega Even Holt, spesialist hjertesykdommer



Tidkrevende intervjuprosesser

– Det å delta på intervjuer som tillitsvalgt kan ta mye tid, og kreve sin tillitsvalgt. I Akershus og Oslo kan det være mange intervjuer i løpet av et år. Som tillitsvalgt skal man sette seg inn i søknadene, være med under intervjuene, og følge med på at søkerne får en god behandling. I de tilfellene der det handler om en senior-junioravtale, skal man også bidra til å sikre at både senior og junior ivaretas på en god måte, sier Even Holt.



Even Holt, spesialist hjertesykdommer og indremedisin ved Moloklinikken. Foto: Moloklinikken



Det er særlig én ting som kan være avgjørende når to kandidater vurderes til å ha tilnærmet lik ansiennitet – og det er egnethet

I andre tilfeller kan praksisstedet fungere som part, og delta med en lege derfra under intervjuene.

– Som regel blir tre til fem søkere innkalt til intervju for hver hjemmel. Det går med om lag en time per intervju, med diskusjon i etterkant. HSØ skriver deretter sin innstilling, som sendes tillitsvalgte og senior, eventuelt praksisstedet. Jeg går da gjennom innstillingen nøye, og vurderer om jeg er enig. Noen ganger kan vi som er tillitsvalgte ha innsigelser. Et par ganger har jeg også erfart at senior har tatt kontakt og ment at rekkefølgen må være annerledes, men ofte kommer vi til enighet om innstillingen rett etter at intervjuene er gjennomført. Mer overraskende



Frøydis Olafsen, spesialist i barnesykdommer ved Moloklinikken. Foto: Lene Sjøgaard Gloslie

og indremedisin, har opparbeidet seg mange år med erfaring fra intervju situasjonen ved hjemmels-overdragelser.

– Det er særlig én ting som kan være avgjørende når to kandidater vurderes til å ha tilnærmet lik ansiennitet – og det er egnethet. Spørsmålet om hva egnethet betyr, og hvordan det kan defineres, er samtidig krevende og gjenstand for nøye vurdering, sier Holt.



HSØ er veldig klar over at innstillingene leses med lupe, så ordene veies på gullvekt

Økt press

– Fra det regionale helseforetakets side er det flere årsaker til at prosessene tar lang tid. I perioder er det mange hjemler til utlysning, og Helse Sør-Øst RHF, som vi forholder oss til, har også andre oppgaver knyttet til avtalespesialistene som krever tid, i tillegg til at HSØ har vært igjennom en omorganisering. I det siste det også vært veldig mange, og samtidig gode søkere. Det innebærer at det er en omfattende prosess å plukke ut søkere som skal innkalles til intervju. Grundighet kan derfor gå på bekostning av effektivitet, sier Olafsen.



– Det tar gjerne fem til seks uker før søkerne hører noe tilbake etter å ha vært til intervju. I innstillingen følger en begrunnelse for hvorfor man blir rangert som man blir. HSØ er veldig klar over at innstillingene leses med lupe, så ordene veies på gullvekt. Ofte handler det om svært små forskjeller når det gjelder ansiennitet. Avgjørelsen hviler derfor ofte på en vurdering av personlig egnethet. Dette er det samtidig vanskelig å formulere i en innstilling, sier Olafsen.

Alle parter skal ivaretas

– I tildeling av senior-junioravtale skal det legges vekt på seniors mening. Senior har allikevel ikke rett til å bestemme hvem som skal få hjemmelen. Det er HSØ som har det avgjørende ordet, og det er viktig at senior er i forståelse med dette. Noen ganger kommer det en markant bedre søker enn den senior i utgangspunktet ønsket seg, mens ved mer like søkere legger man vekt på seniors ønsker, sier Holt, og legger til at en praksisrepresentant også kan komme med egne innspill om søkere som burde være innkalt, basert på sin kjennskap til miljøet.

– Seniors argument når junior skal velges, er gjerne at samarbeidet bør fungere godt. HSØ på sin side har også et godt argument, siden de skal samarbeide med junior enda lenger, sier Olafsen.



Vi ser en økende trend der det å klage sitter løsere nå enn før

Flere klager – økt tidsbruk

– Vi ser en økende trend der det å klage sitter løsere nå enn før, det gjelder også generelt i samfunnet. Gjennom min tid som tillitsvalgt tror jeg at en til to klagere har fått medhold i klagenemd, noe som tilsier at det generelt er liten grunn til å betvile at prosessene rundt

hjemmelsoverdragelsene har vært uriktige. Selvfølgelig må det opprettholdes en mulighet for å klage, men samtidig gir dette også mulighet for å misligholde klageretten. En økende andel klager betyr igjen at HSØ må bruke sine ressurser til klagebehandling, noe som går utover progresjonen i andre saker, sier Holt.

– Alt henger sammen med alt. Mange klager betyr også at det tar lenger tid før senior får lyst ut hjemmel. Det kan ta nesten et år fra man melder ønske om senior-junioravtale til HSØ, til hjemmelen blir utlyst, forteller Olafsen.



For å bidra til å redusere antall klager, har tillitsvalgte i Oslo tatt initiativ til å be søkerne om å ringe tillitsvalgte og HSØ for å høre mer om begrunnelsen

– For å bidra til å redusere antall klager, har tillitsvalgte i Oslo tatt initiativ til å be søkerne om å ringe tillitsvalgte og HSØ for å høre mer om begrunnelsen, dersom de ikke skulle bli innstilt og vurderer å klage. Som et resultat opplever vi at det blir færre som klager, forteller Holt.

Informasjonsbehov om avtalespesialistordningen

– Vi opplever at det er et informasjonsbehov hos søkerne om avtalespesialistordningen. Mange søkere som kommer fra sykehus tror at de blir ansatt i HSØ, med pensjonen i boks. Jeg pleier derfor å legge inn en bolk på slutten av intervjuet, der jeg forteller om rettigheter og plikter, og om avtalespesialistordningen generelt. Jeg forteller også om avbruddsforsikring og pensjon, og at de må holde seg oppdatert i forhold til Helfo. HSØ på sin side pleier å avklare at de ikke er arbeidsgiver,



Vi opplever at det er et informasjonsbehov hos søkerne om avtalespesialistordningen

og at det derfor ikke opparbeides pensjonsrettigheter, sier Olafsen.

– Vår oppgave er å se det fra PSL sin side, som er større enn det som omhandler pensjon. Mange har ikke hørt om PSL tidligere, og vet ikke at de aktivt må melde seg inn i PSL, slik at de ikke fortsetter i for eksempel Overlegeforeningen. Vi oppfordrer også søkerne til å delta på vårmøtet i PSL. Å si litt om dette er viktig, slik at vi sikrer at folk har denne informasjonen. Samtidig ser vi at det kunne være ønskelig med for eksempel et nettkurs om drift av praksis, slik at kandidatene har mulighet til å tilegne seg informasjon, og en forståelse for avtalespesialistordningen før de søker hjemmel eller stiller til intervju, avrunder Olafsen.

Veileder for tillitsvalgtes rolle ved tildeling av avtalehjemmel

En ny veileder for tillitsvalgte er under utarbeiding, og vil bidra til å klargjøre tillitsvalgtes rolle i saker som omhandler hjemmelsoverdragelse. Et viktig prinsipp ved tildeling av hjemmel, er at kvalifikasjonsprinsippet skal følges. Dette innebærer at det er den søkeren som etter en samlet vurdering er best kvalifisert, som skal tildeles hjemmelen. Det bemerkes at det ikke gjelder et ansiennitetsprinsipp, men at det er en skjønnsmessig helhetsvurdering som skal foretas.



Etiopia har mye flott natur. Her er fossefallene i utløpet av Lake Tana i Nord Etiopia. Innsjøen er kilden til Blå Nilen. Foto: Thom Topstad

Med hjerte for Etiopia

– For oss har det å drifte en privat klinikk gitt oss mulighet til å bidra i Etiopia, sier Thom Topstad, spesialist i ØNH sykdommer og i plastikkirurgi, ved Eminent Plastikkirurgi.

AV: LENE SØGAARD GLOSLIE

Thom Topstad og hans kone Helene Topstad, som er anestesisykepleier, tok med seg de tre barna i alderen 1 til 9 år og flyttet til Etiopia i 2003.

– Jeg hadde et slags forhold til Etiopia i oppveksten ettersom jeg hadde en slektning som var misjonær der, som jevnlig sendte meg bilder av etiopiske barn og førstedagsstemplede frimerker fra Haile Selassie tiden, forteller Topstad.

– I turnustjenesten ved kirurgisk avdeling Flekkefjord sykehus tidlig på 80-tallet ble jeg godt kjent med overlege Åsbjørn Aarsland, som brukte store deler av sin yrkesaktive karriere i kirurgiens tjeneste i Etiopia. Han oppmuntret meg til engasjement der. Under spesialiseringen i plastikkirurgi ved Haukeland Universitetssykehus fikk dette ny aktualitet gjennom overlege Paul Egil Gravem.

Gravem hadde arbeidserfaring blant annet fra Sudan og Etiopia, og hadde erfart det store behovet for rekonstruktiv plastikkirurgi i disse landene. Han ønsket at Topstad skulle involvere seg i et nyetablert samarbeidsprosjekt mellom Haukeland sykehus og to sykehus i hovedstaden Addis Ababa med støtte fra UD / NORAD.

Over 20 år senere er engasjementet like stort, om ikke større:

– Når man har sett og opplevd dette, er det umulig å legge det bak seg, sier Topstad.

”

Når man har sett og opplevd dette, er det umulig å legge det bak seg

Addis Ababa, Etiopia

I perioden 2003 til 2005 bodde familien Topstad i Addis Ababa i Etiopia, hvor Topstad arbeidet som prosjektleder for leppe-kjeve-ganespalte prosjektet ved Yekatit 12 og ALERT sykehusene.

Da familien flyttet ut var det yngste barnet ett år, og det eldste ni år.

– I ettertid kan man kanskje si at det var risikofyllt å ta med små barn til et land der helsevesenet var langt

dårligere enn på hjemmebane. Men der og da følte vi at vi ikke hadde noen god grunn til å takke nei til en slik utfordring. For at vi skulle dra, var det et vilkår at Helene skulle involveres i prosjektet. Hun arbeidet som anestesisykepleier med hovedfokus på å etablere trygge narkoserutiner for barn. Det var selvsagt avgjørende at operasjonene på barn kunne gjennomføres på en trygg måte, forteller Topstad.

Utdanningsprogram i plastikkirurgi

Parallelt med leppe-kjeve-ganespalte prosjektet som Topstad var involvert i, arbeidet plastikkirurg Einar Eriksen som prosjektleder for brannskade-prosjektet samme sted.

Programmene var et samarbeidsprosjekt mellom Haukeland universitetssykehus og Addis Ababa Universitet, med støtte fra UD og senere Norad, og la grunnlaget for Etiopias første avdeling for rekonstruktiv plastikkirurgi. Lokal kompetansebygging hadde høyeste prioritet, og det ble blant annet etablert et eget utdanningsprogram i plastikkirurgi.



Teamet ved Eminent Plastikkirurgi. Fra venstre: Knut Tetlie, anestesilege, Thom Topstad, spesialist i plastikkirurgi og øre-nese-hals sykdommer, Thomas Styles, spesialist i plastikkirurgi, Helene Topstad, anestesisykepleier, Karolinn Kvåle, operasjonssykepleier. Foto: Eminent Plastikkirurgi



Direktøren ved Arba Minch Public Hospital flankert av Helene og Thom Topstad. Foto: Privat

”

I dag er det utdannet mer enn 70 etiopiske plastikkirurger i dette universitetsprogrammet

– I dag er det utdannet mer enn 70 etiopiske plastikkirurger i dette universitetsprogrammet. De fleste har blitt værende i hovedstaden, men i løpet av de senere årene har kompetansen også kommet periferien i Etiopia til gode, forteller Topstad.

Stiftelser og samarbeid

I 2007 etablerte Einar Eriksen stiftelsen Children's Burn and Wound Care Foundation (CBWCF) for å følge opp og styrke behandlingen av brannskader i Etiopia og Øst-Afrika. Eriksen er plastikkirurg og også utdannet på HUS. I 2012 etablerte Thom og Helene Topstad stiftelsen Facing a Child, som har hovedfokus på å gi etiopiske barn med misdannelser og skader i ansiktet et verdig liv.

Helene og Thom Topstad reiser til Etiopia to ganger årlig, der de bidrar med undervisning og seminarer. I tillegg støtter de driften med

forbruksvarer og medisinsk utstyr, og investeringer i infrastruktur.

– Slik har vi holdt det gående, vi har operert sammen med etiopierne, og sett til at de har hatt nødvendig utstyr. Etiopia er et utviklingsland, og det er stor mangel på basalt medisinsk teknisk utstyr, suturer, stiftemaskiner, knivblad for hudtransplantasjon, samt forbruksvarer og overvåkningsutstyr til narkose. Vi har etter hvert fått rutine på hvordan vi skal få alt dette gjennom tollene, med attesterte givebrev, sier Topstad.

Siden 2023 har et stort nybygg ved Arba Minch Public Hospital vært hovedsatsingen.

– Dette gjør vi for å legge forholdene til rette for to etiopiske plastikkirurger som har valgt å



Nybygget på ca. 640 kvm med operasjonsavdeling i første etasje ligger fint til på en høyde med utsikt over kratersjøene Lake Abaya og Lake Chamo. Foto: Thom Topstad

flytte til Sør-Etiopia. Bygget på over 600 kvadratmeter skal romme en operasjonsavdeling i første etasje og en andre etasje med hovedfokus på undervisning- og seminarformål, sier Topstad.

Byggeprosjektet gjennomføres som et samarbeid mellom stiftelsene

Childrens Burn and Wound Care Foundation, Swedish Burn Care Foundation og Facing A Child og har en totalramme på ca. 6 millioner norske kroner.

Finansiering

Prosjektmidlene fra Haukeland universitetssykehus gjennom UD, og



Internasjonalt kir. avd. Molde sjukehus 06.02.2025



Lokal ambulansetjeneste i perifer strøk. Foto: Thom Topstad



Helene Topstad innførte fiberoptisk intubasjonsteknikk ved Yekatit sykehus for pasienter som skulle opereres for kjeveleddsankylose. Foto: Thom Topstad

senere Norad, ble trappet betydelig ned fra 2005 frem til avslutning i 2010. Den videre støtten til prosjektene i Etiopia har det derfor vært helt nødvendig å videreføre ved hjelp av egne og innsamlede midler.

I en årrekke har vi arrangert konserter ute i den sørlandske skjærgården i Brekkestø til inntekt for Facing a Child.

– En lokal artist, Inger Lise Stulien, har stått i bresjen for å kontakte andre artister som har villet bidra.

Privatpersoner har også bidratt eksempelvis i forbindelse med fødselsdager der «gavene» har vært et bidrag til Facing a Child. Lokalt har organisasjonen Sammen for barn og Randesund tomteutvikling bidratt til byggeprosjektet vi har på gang nå.

– Vi kjøpte lokalene til Eminent Plastikkirurgi av dette utviklingselskapet, forteller Topstad som også bidrar med egne midler.

– Det er stor forskjell på plastikkirurgiske utfordringer i Norge og Etiopia.

Samtidig er det driften av den private klinikken i Norge som har satt oss i stand til å være med og selv bidra, sier Topstad.

Store behov for hjelp

Fra et så godt som fraværende tilbud i rekonstruktiv plastikkirurgi i Etiopia helt frem til begynnelsen av 2000-tallet, har landet nå et etablert tilbud i hovedstaden. Men vi er langt fra et landsdekkende tilbud for en befolkning på 120 millioner.

– Det er flere år siden kollegaene hadde operert mer enn 20 000 leppe-gane-spalter. Men det er så mange andre tilstander som trenger oppmerksomhet og behandling, ikke minst brannskader. Leppe-kjeve-gane kirurgien får støtte gjennom flere organisasjoner, mens det dessverre ikke er like mange som støtter brannskadebehandling.

– Vi erfarte fra starten at det var behov for rekonstruktiv plastikkirurgi generelt. Vi måtte håndtere alt vi møtte, og det var mange utfordringer, fra svulster til trafikkskader. Behovet var, og er fortsatt stort, og pasientene mange. Nettverket av katolske nonneordener er omfattende i Etiopia. Flere av disse spesialiserte



På legebesøk til en kvinne i perifer strøk med ansiktsdeformitet etter NOMA (the face of poverty/cancrum oris). Hun var kone nr. 2 i husstanden og mor. Å ta henne ut av sin sammenheng for operasjon i hovedstaden med langt fravær fra familien, fant Topstad og hans team ikke riktig. Foto: Privat

seg på å hente opp pasienter til hovedstaden, ivareta dem og kjøre dem tilbake til periferien etter endt behandling. Uten dette nettverket ville det tatt mye lengre tid å bygge opp prosjektene og kompetansen, sier Topstad.

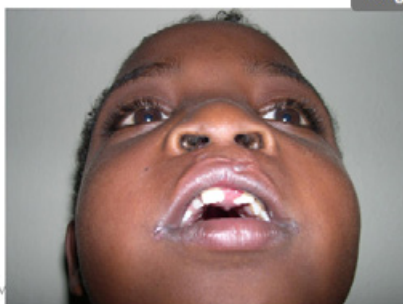
Hjelp til selvhjelp

Utdanningen i rekonstruktiv kirurgi har blitt formalisert som en offentlig utdanning, og er en helt essensiell del i det å bygge lokal kompetanse. Paul Egil Gravem har bidratt til å få dette på plass, og videreførte sitt engasjement for utdanningssystemet i Etiopia, blant annet som eksaminator ved spesialisteksamen gjennom flere år.

– Å bygge lokal kompetanse er alfa og omega. Ikke bare når det gjelder rekonstruktiv kirurgi, men også på fagområder som logopedi, operasjonssykepleie, brannskadesykepleie og anestesi, sier Topstad.

–Fra vår side ønsker vi å bidra med seminaraktivitet i nybygget, gjerne i kombinasjon med live-kirurgi. Vi håper å etablere et kompetansebyggende senter der i sør også, og ikke bare i hovedstaden.

Så langt er det hovedstaden Addis Abeba som tiltrekker seg mest av



Pasient med dobbeltsidig leppe-kjeve-ganespalte før og etter operasjon. Når tilstanden ikke opereres tidlig, som i Vesten, vil midtsegmentet i kjeven skyves fremover. Foto: Thom Topstad



Å bygge lokal kompetanse er alfa og omega

kompetansen som er utdannet, mens det er vanskeligere å rekruttere leger til distriktene. Derfor er det viktig å støtte opp om de som velger å arbeide i rurale strøk.

Ringvirkninger

– Vi føler oss privilegerte som har fått være med på kompetansebygging i plastikkirurgi i Etiopia og ser at tilbudet brer seg som ringer i vannet, både til flere sykehus i hovedstaden og etter hvert også til mer perifere områder. Målet er å støtte opp om disse ringvirkningene, ikke bare i



Hjelp til selvhjelp handler om kompetansebygging, infrastruktur og tilgang til utstyr

hovedstaden, men også i sør og nord. Det er mange utfordringer fremover, mot målet som er å dekke den etiopiske befolkningen. Først på listen står det å få et «Center of Excellence» sør i landet, sier Topstad.

– Hjelp til selvhjelp handler om kompetansebygging, god infrastruktur og tilgang til utstyr. Vi bygger en operasjonsavdeling på et offentlig sykehus, som vil eies og driftes av sykehuset. Når vi opererer i Etiopia, er det alltid sammen med lokal plastikkirurg. Men vårt hovedfokus er å legge forholdene til rette for at etiopiske plastikkirurger selv kan operere effektivt og med høy kvalitet, avrunder Topstad.

Karriere

Thom Topstad etablerte sin første private klinikk i Sørlandsparken i 1998, som deltidspraksis uten avtale. Han drev klinikken frem til 2009, kun avbrutt av en periode som prosjektleder i Addis Ababa, Etiopia i årene 2003-2005.

Da klinikken i 2009 ble solgt til Teres Medical Group, arbeidet Topstad der videre som medisinsk ansvarlig til 2014, før han valgte å tiltre overlegestilling ved kirurgisk avdeling ved Sørlandet sykehus, seksjon for bryst- og endokrin kirurgi. I 2015 solgte Teres Medical Group klinikken videre til Aleris.

Topstad har bygget opp plastikkirurgiske seksjoner både ved Sørlandet sykehus Arendal og ved HMR Molde sjukehus (nå SNR).

I januar 2016 etablerte Topstad sin andre private klinikk uten driftsavtale, Eminent Plastikkirurgi. Denne gangen i nybygde lokaler ved Lauvåsen Helsesenter, med beliggenhet nær Hamresanden og 4 km fra Kjevik flyplass.



I denne spalten ser vi nærmere på aktuelle og relevante temaer innen internkontroll, drift og digitalisering. Her får du faglig innhold, praktiske tips og oppdateringer om regelverk, rutiner og kvalitetsforbedring.

Om du har innspill til saker eller tema som du ønsker å få belyst til neste spalte kan du kontakte: hilde@trinnvis.no

Psykososialt arbeidsmiljø løftes i ny lovendring

Den 5. juni 2025 vedtok Stortinget endringer i arbeidsmiljøloven, som skjerper kravene til det psykososiale arbeidsmiljøet. Lovendringen trer i kraft 1. januar 2026, og tydeliggjør arbeidsgivers ansvar for å forebygge og håndtere psykososiale risikofaktorer i virksomheten. Hva betyr lovendringen for deg som arbeidsgiver?

AV: HILDE KALLEKLEV, TRINNVIS

Hva innebærer lovendringen?

Arbeidsgiver skal organisere, planlegge og gjennomføre arbeidet slik at det er helsefremmende og trygt – også med tanke på psykososiale forhold. Dette er ikke nye krav i seg selv, men en tydeliggjøring av å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, på lik linje med det fysiske arbeidsmiljøet.

Det gjelder spesielt risikofaktorer som:

- Uklarhet i roller og forventninger
- Emosjonelle belastninger i arbeid med mennesker
- Høyt tidspress og stor arbeidsmengde
- Manglende støtte og hjelp i utførelsen av arbeidet

Psykososialt HMS som felles ansvar

For å oppfylle de nye lovkravene, må virksomheten jobbe systematisk med kartlegging,

forebygging og dokumentasjon. Det betyr at det psykososiale arbeidsmiljøet må inngå som en naturlig del av internkontrollen og det løpende HMS-arbeidet.



For å oppfylle de nye lovkravene, må virksomheten jobbe systematisk med kartlegging, forebygging og dokumentasjon

Verneombud har fått en utvidet rolle etter oppdateringen i arbeidsmiljøloven, og skal nå spesielt påse at det psykososiale arbeidsmiljøet er ivaretatt. Det er viktig at verneombudet involveres tidlig i dialogen om



– Når ledelsen, ansatte og verneombud spiller på lag, får vi ikke bare et bedre arbeidsmiljø – vi forebygger også sykefravær og konflikter, sier Dörte Jensen, bedriftsfysioterapeut, HMS-rådgiver og administrativ leder i bedriftshelsetjenesten PlussBHT.
Foto: BHT Bergen

trivsel, belastninger og tiltak – og at medarbeidere også deltar aktivt.

– Det er i samspeillet mellom leder, ansatte og verneombud vi får de beste resultatene, sier Dörte Jensen, bedriftsfysioterapeut, HMS-rådgiver og administrativ leder i BHT Bergen. Hun erfarer at mange psykososiale

utfordringer ofte har organisatoriske årsaker:

– Utfordringer skyldes ofte uklare roller, høyt arbeidspress og dårlig kommunikasjon. Da hjelper det lite med en fancy HMS-plan hvis ikke den følges opp i praksis, sier hun.



En tydelig og tilgjengelig leder er helt avgjørende

Hun understreker lederens betydning: – En tydelig og tilgjengelig leder er helt avgjørende. Det handler ikke om å kunne alt, men om å være til stede og interessert i hvordan folk faktisk har det på jobb.

Den viktige medarbeidersamtalen

En god medarbeidersamtale gir mulighet for å ta opp temaer som arbeidsmengde, trivsel, støttebehov og faglig utvikling. Samtalene bør være fortrolige, strukturerte og ha rom for åpne tilbakemeldinger fra begge parter. Samtidig gir det lederen en arena for å tydeliggjøre forventninger og fange opp behov tidlig.

– Samtalen er et trygt rom for å si fra – og for å justere før små utfordringer blir store problemer, sier Marit Olsen, helsesekretær og administrasjonssekretær i Helsekontor Forvaltning.

Olsen har lang erfaring fra drift og personalarbeid, og understreker at samtalen må prioriteres – ikke bare gjennomføres:

– Det er fort gjort at vi haster videre i en travel hverdag. Derfor er det ekstra viktig at medarbeidersamtalen faktisk prioriteres – og at den ikke bare blir en formalitet. I tillegg handler det om mer enn bare én samtale: – Når medarbeidersamtalen fungerer godt, bidrar det til mer åpenhet og trygghet i hele personalgruppen, forklarer Olsen.

Systematisk HMS gir tryggere drift og bedre pasientsikkerhet

Et godt arbeidsmiljø handler ikke bare om trivsel – det handler også om pasientsikkerhet. Tydelige rutiner, klare roller og strukturert oppfølging reduserer risikoen for feil og gir bedre forutsigbarhet for alle.

– Når den ansatte vet hva som forventes og får støtte til å gjøre jobben sin, skapes det trygghet både for dem og pasientene, sier Olsen.

For deg som driver spesialistpraksis kan det være utfordrende å følge opp alle krav til HMS og internkontroll i en travel hverdag. Trinnvis er utviklet nettopp med tanke på små helsevirksomheter, og gjør det enklere å jobbe strukturert og systematisk med HMS.



Tydelige rutiner, klare roller og strukturert oppfølging reduserer risikoen for feil og gir bedre forutsigbarhet for alle

Systemet inneholder konkrete verktøy for vernerunde, nye integrerte kartleggingsskjema om både fysisk og psykisk arbeidsmiljø, som er enkle for ledelsen og verneombud å følge opp. Det legger til rette for strukturert ansvarsfordeling og oppfølging av både psykososiale og organisatoriske forhold. Du dokumenterer tiltak og dialog på en sikker og ryddig måte mens du planlegger og gjennomfører – noe som også styrker beredskapen dersom Arbeidstilsynet gjennomfører tilsyn.

God oppfølging av det psykososiale arbeidsmiljøet krever både kunnskap og systematikk. Derfor samarbeider Trinnvis med bedriftshelsetjeneste om tilpasset kurs for verneombud og HMS-kurs for ledere i små helsevirksomheter. Spør din bedriftshelsetjeneste



– Medarbeidersamtalen er et trygt rom for å si fra – og for å justere før små utfordringer blir store problemer, sier Marit Olsen, helsesekretær og administrasjonssekretær i Helsekontor Forvaltning.

Foto: Helsekontor Forvaltning

neste om råd – det er alltid enklere å forebygge enn å reparere!

Om du har innspill til saker eller tema som du ønsker å få belyst til neste spalte kan du kontakte: hilde@trinnvis.no

Nye krav fra 1. januar 2026

Arbeidsgiver skal blant annet:

- Kartlegge og redusere psykososiale risikofaktorer
- Organisere arbeidet på en helsefremmende måte
- Sørge for støtte og hjelp i arbeidsutførelsen
- Dokumentere tiltak og oppfølging

Slik følger du opp i praksis:

- Involver verneombudet aktivt i HMS-arbeidet
- Gjennomfør medarbeidersamtaler minst én gang i året
- Bruk kartlegging og tilbakemeldinger fra ansatte til å identifisere risikofaktorer
- Dokumenter tiltak og oppfølging som en del av internkontrollen
- Samarbeid med bedriftshelsetjenesten før utfordringer oppstår

PSL sitt formøte på årsmøtet i NGF

Når Norsk Gynekologisk Forening (NGF) avholder sitt årsmøte, er det tradisjon at forskjellige undergrupper har egne formøter dagen før selve årsmøtekurset begynner.

AV: YNGVILD SKÅTUN HANNESTAD, LEDER PSL

PSL-medlemmer innenfor gynekologi er aktive, og det er stort sett godt oppmøte både på NGF-årsmøtene og på PSL sitt årsmøte.

PSL har i mange år har hatt egne faglige møter. I år var det professor Mahlin Eberhardt Gran som snakket om hormonenes påvirkning på psyken. Det var godt oppmøte og et interessant foredrag.

Det oppleves som nyttig å ha separate formøter med spisset faglig program, også for å bli kjent med andre kolleger som er i praksis.

Birgitte Sanda, Arendal Gynekologi, var den som stod ansvarlig for å arrangere formøtet. Hun har vært ansvarlig for PSL sitt formøte i to år allerede.

– Jeg er valgt inn i NGF sitt styre for de neste to årene også, og vil med det ha ansvaret for PSL-formøtet i hvert fall til og med 2027, forteller Sanda.

Tilhørighet og tradisjon

– Jeg synes formøtet med PSL-gynekologer på vårt NGF årsmøte er en veldig bra tradisjon. Jeg føler det



Fra venstre: Yngvild Skåtun Hannestad, leder i PSL og Birgitte Sanda, Arendal Gynekologi, som arrangerte formøtet for PSL-medlemmene. Foto: Privat

gir en styrke og tilhørighet for vår gruppe, man får utvekslet erfaringer og får et foredrag som er interessant for vår hverdag. Jeg opplever at både ferske og erfarne PSL'ere møter opp. I år utgjorde deltagelsen på formøte ca. 8 % av alle gynekologene på selve årsmøtet. Selv følte jeg det var det fint å gå til PSL-formøte som fersk avtalespesialist, da jeg fra et år til et annet ikke var praktiserende fødselslege lenger. Tilbakemeldingene vi

får har også vært veldig positive, og forteller oss at temaene har fenget og at foredragene har vært gode, sier Sanda.

Relevante tema

På spørsmål om hva Sanda legger vekt på når hun planlegger programmet, og hvordan hun velger tema for foredrag, er svaret at temaet må være relevant.

– I tillegg er det viktig for oss at foredragsholder kan holde foredraget uten dekning av kostnader eller honorar. Dette er helt pro bono, uten noen kompensasjon, sier Sanda.

På Lillehammer i 2024 ble det holdt to foredrag; gynekolog Ida Bjørntvedt holdt sitt foredrag om vulvalidelser, og dr. Birgitte Sanda foredro om anbefalinger om fysisk aktivitet i svangerskap og barselperioden. I år ble NGF sitt årsmøte og PSL-formøtet arrangert i Ålesund, og det var professor Mahlin Eberhardt Gran som bidro faglig.



”
Det gir en styrke og tilhørighet for vår gruppe, man får utvekslet erfaringer og får et foredrag som er interessant for vår hverdag



– Det er verdifullt å møte PSL-medlemmer og få innsikt i hvilke saker som engasjerer lokalt, sier PSL-leder Yngvild Skåtun Hannestad (til høyre), til venstre i bildet Erik Dyb Liaaen. Foto: Erik Dyb Liaaen

PSL-samling i Ålesund

Tirsdag 21. oktober var det duket for lokalt medlemsmøte på PSL-samling i Ålesund.

AV: YNGVILD SKÅTUN HANNESTAD, LEDER PSL

Jeg var i byen fordi jeg skulle delta på Norsk Gynekologisk forenings årsmøte, og det var en fin anledning til å hilse på avtalespesialister og andre medlemmer i Møre og Romsdal.

Det var et bra oppmøte fra mange spesialiteter og mye å diskutere. En sak som bekymret flere var hvor vanskelig det kan være å få tak i vikar ved sykdom. Selv om man har rett til å få ta inn vikar så er problemet å få tak i noen som kan stille opp på kort varsel. Hvis man ikke kan opprettholde drift, blir det både økonomiske utfordringer for legen og vanskeligheter for pasientene som står uten tilbud.



En sak som bekymret flere var hvor vanskelig det kan være å få tak i vikar ved sykdom

Kollegasamarbeid

Her er det ikke noen enkel løsning. Ved sykdom bør man prøve å få til en dialog med RHF både om driftstilskudd og oppfølging av pasienter. Ellers er det en ide å være føre var – det er lurt å forhøre seg med kolleger før noe skjer om det er noen

som har mulighet til stille som vikar ved behov.

Få av kollegene som var på møtet hadde samarbeidsavtale med HF og det var varierende hvor mye kontakt det var mellom avtalespesialistene og sykehusavdelingene.

Her er det nok en del potensial for forbedring. Oppfordringen min var å prøve å få dette på plass – initiativet til kontakt kan også komme fra avtalespesialistene selv.

Nye e-læringskurs fra Helfo

Helfo har laga tre nye e-læringskurs for leger.

E-læringskurs om folketrygdlova kapittel 5, formål og finansiering

Dette er eit praktisk retta e-læringskurs for deg som er lege. I kurset får du både rettleiing til regelverket og oppgåver du kan løyse.

Du som lege skal vere kjent med og ha ansvar for å vurdere kva

- som finansierast av folketrygdlova kapittel 5
- andre instansar skal betale
- pasienten sjølv skal betale for behandling og undersøking
- Etter å ha tatt dette kurset skal du vite kva folketrygdlova kapittel 5 finansierer, og kva som ligg utanfor.

E-læringskurs om blåresept, bidrag og yrkesskade

Etter kurset skal du være kjent med

- hvilke roller og ansvar du har som lege, og Helfos roller og ansvarsområderat
- finansieringsansvaret for legemidler, næringsmidler og forbruksmateriell er tredelt
- at mange legemidler kan rekvireres direkte på blå resept
- at du kan søke om individuell stønad for mange andre legemidler på vegne av pasienten
- at du kan rekvirere legemidler direkte på blå resept ved enkelte smittsomme sykdommer når pasienten har rett til stønad til medisinsk forbruksmateriell
- når du kan søke om individuell stønad til næringsmidler på vegne av pasienten
- enkelte tilfeller kan få stønad etter bidragsordningen
- pasientens rettigheter til stønad ved yrkesskade

E-læringskurs: Utbetalingsoversikt Helfo

Privatpraktiserande behandlarar kan sjølve hente ut årsrapporten i tenesteportalen.

Treng du ei oppdatert utbetalingsoversikt (årsrapport) til skattemeldinga eller andre formål? Behandlarar som har sendt inn refusjonskrav til Helfo, kan logge seg inn på tenesta «Oppgjør med Helfo» i tenesteportalen og enkelt hente ut årsrapporten sjølve.

Du kan velje kva periode du vil ha oversikt over, og du kan få utbetalingsoversikta som PDF- eller Excel-fil. Dersom du har fleire praksisar, kan du få tal for kvar praksis.

I tenesteportalen kan du også hente ut utbetalingsvedtak.

Det er berre du som kan hente ut oversikta, ikkje til dømes ein rekneskapsfører.

Kilde: helfo.no/arrangementer

OUS godt forberedt på å overta Alnapasientene

AV: HELSE SØR-ØST RHF

Fra 6. januar 2026 overtar Oslo universitetssykehus ansvaret for somatiske pasienter fra bydel Alna.

– Vi er i god gang med forberedelsene og har god kapasitet til å ta imot Alna-pasientene på en god måte, sier fagdirektør Morten Tandberg Eriksen ved Oslo universitetssykehus.

Tandberg Eriksen forteller at det er et tett og godt samarbeid mellom OUS og Ahus rundt overflyttingen. Derfor har sykehuset god oversikt over hvor mange pasienter innenfor de ulike diagnosegruppene som vil bli overført.

– OUS har forberedt mottak av pasientene fra bydel Alna over lang tid og har gjort flere endringer

internt for å sikre god nok kapasitet, forteller han

Kun somatikk

Bydel Alna har nærmere 50 000 innbyggere og befolkningen i Alna utgjør drøyt 8 prosent av Ahus sitt opptaksområde på vel 620 000. Frem til 2032 vil innbyggerne fortsatt få spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling ved Ahus.

Hensikten med overføringene er å redusere kapasitetsutfordringene ved Ahus og å utnytte tilgjengelig kapasitet i Oslo på best mulig måte.

Øyeblikkelig hjelp

Somatiske pasienter fra bydel Alna som inntil 6. januar 2026 er innlagt ved Ahus, skal ferdigbehandles på Ahus. Trenger pasienten mer oppfølging etter dette, skal første kontroll være på Ahus.

Pasienter innlagt i psykisk helsevern og rus, som har behov for akuttinnleggelse skal behandles ved sykehuset de er innlagt på.

Ventelister

Overflyttingen vil ikke få konsekvenser for de pasientene som står på venteliste for behandling ved Ahus. Alle pasientene som står på venteliste, vil få sin utredning eller behandling der de står på liste.

OVERSIKT TILLITSVALGTE

STYRET OG SEKRETARIATET I PSL

Leder

Yngvild Skåtun Hannestad

Medlem

Morten Mangersnes

Medlem

Tor Øivind Grøndahl

Sekretariatsleder

Pål Alm-Kruse

Nestleder

Stein Helge Glad Nordahl

Medlem

Erik Waale Næss

Medlem

Ellen Jaatun

Sekretær

Anna Sundberg

Medlem

Alexandros Lazaros Stefou

LANDSRÅDET – LOKALTILLITSVALGTE (2025–2027)

Akershus

Frøydis Olafsen
Kjetil Unger Norveel
(vara)

Hordaland

Barbra Rogge
Vibeke Huun Birkeland
(vara)

Oslo

Even Holt
Geir Slapø (vara)
Heidi Husby (vara)

Telemark

Vakant

Aust-Agder

Erlend Sødal
Heidi Rolke (vara)

Møre og Romsdal

Erik Dyb Liaaen
Kristine Lund-Hanssen
(vara)

Rogaland

Siren Hægeland
Ida Gummedal (vara)

Troms/Finnmark

Morten Mangersnes
Eivind Bjerkås (vara)

Buskerud

Siegfried Wenus

Nordland

Anne Karin Forshei

Sogn og Fjordane

Barbra Rogge
Vibeke Huun Birkeland
(vara)

Vest-Agder

Anne Hjørdis Lindtner
Noraas
Gunvald Eivindson (vara)

Hedmark

Margrethe E. Kjølsest
Fredrik Eng (vara)

Nord-Trøndelag

Anders Prestmo

Sør-Trøndelag

Anders Prestmo
Tone Dorthe Sletten (vara)

Vestfold

Johanna Molin

Østfold

Kristian Bjørgul
Alexandros Stefou (vara)

Oppland

Leif Erik Erdal
Jørgen Braband (vara)

TAKSTUTVALGET PSL (2025–2027)

Anestesiologi:

Gisle Granhus

Hudsykdommer

Lena Oleana Myhre

Psykatri

Sivi Elisabeth
H. Rosendahl

Øyesykdommer

Alexander Skau

Barnesykdommer

Martha Gravelstæther

Indremedisin

Jon Andrew Hardie

Revmatologi

Ellen Sauar Norli

Neurologi

Karen Herlofsen

Fødselshjelp- og kvinnesykdommer

Morten Mangersnes

Kirurgi/urologi

Kristian Bjørgul

Øre-nese-halssykdommer

Robby Roarsen

Norsk gastroenterologisk forening

Georg Gjorgji Dimcevski

For kontaktopplysninger, se nettsiden.



Foto: Jørn Eriksson

PSL ønsker velkommen til **VÅRMØTE OG ÅRSMØTE 2026**

Clarion Hotel Oslo,
Barcode

Dronning Eufemias gate 15, 0191 Oslo

Sett av
datoen!
23. – 24.
april 2026

Mer informasjon kommer!