

# NERVEPROBLEMER UNDER TO TAK

Oslo har fått en samlet neurologisk avdeling – under to tak!  
En geografisk realitet som ikke er helt problemfri.

TEKST: OLE JOHAN SVORKEN FOTO: ØYVIND HEISER

## ESPEN DIETRICHS

Prof. ved universitetet i Oslo.  
Leder for neurologisk avdeling på Oslo Universitetssykehus.

Spesialfelt: gen. neurologi, hjernensfunksjon, parkinsonisme, bevegelsesforstyrrelser.

Bakgrunn som eksperimentell hjerneforsker. Har skrevet flere fagbøker og fikk i 1995 Brageprisen sammen med Leif Gjerstad for boken *Vår fantastiske hjerne*.

**D**et nye Oslo Universitetssykehus burde kommet for 10 år siden. Men tanken møtte mostand hos politikere og fagmiljøer i distriktene. Under dagens fusjonsprosess sliter man bl.a. med digital kommunikasjon. Leder for Neurologisk avdeling, Espen Dietrichs, påpeker desuten at det er et behov for flere privatpraktiserende nevrologer.

- Vi mener det er ulogisk å ha en neurologisk avdeling på Ullevål og en på Rikshospitalet. Det er helt naturlig at man nå slår sammen de neurologiske avdelingene i Oslo til én avdeling. Men det burde også ha skjedd en geografisk samlokalisering. Når vi er under to tak så er en fusjonsprosess veldig vanskelig. Og særlig når vi er under to tak på to sykehus som har dataanlegg som ikke kommuniserer i det hele tatt. Da blir det ikke mulig å sjonglere verken med leger eller pasienter innen de to delene av avdelingen. Så i praksis så fungerer det fortsatt som to nokså separate avdelinger.

*Når kommer alt under samme tak, og får samme datasystem etc?*

- Det burde ha skjedd for et år siden. Men ingen kan si når det blir, og det er noe av det som er frustrerende. I miljøet har vi et sterkt ønske om å komme sammen. Et

lite skritt på veien ville være å ha datasystemer som kommuniserer, altså felles journal.

*Hvorfor tar det så lang tid? Er det penger det står på?*

- Det er ett av poengene i hvert fall. Bakgrunnen for fusjonsprosessen er jo åpenbart at man skal spare penger. Det er ikke tvil om at det er mer rasjonelt å drive neurologisk avdeling på ett sted og med enkle operative systemer, fremfor å ha ett system på Rikshospitalet og ett på Ullevål. Men problemet er at man kan ikke hente ut den gevinsten før man har investert seg frem til å ha det under ett tak.

*En del av dagens administrative funksjoner bør man vel hente ut effekten av og slå sammen?*

- Selvfølgelig. Men per i dag er alt dubler. Det er på to steder. Og det vet man jo også, at det koster å fusjonere sykehus. Det som er trist er at de ikke slo sammen Rikshospitalet og Ullevål i 2000, da man bygde nytt Rikshospital. Men den gang var det ikke politisk stemning for ett universitetssykehus i Oslo, verken blant politikere eller i medisinske miljøer. Dels var det også en del medisinske miljøer i resten av landet som hadde problemer med et så sterkt, samlet miljø i Oslo.

*Er det på den faglige siden tenkt samme antall nevrologstillinger etter sammenslåingen?*

Akupunktur er vi ikke så redd for. Stamcellebehandling i Kina og Russland og slikt, er mye mer dramatisk å forholde seg til.

VIRKER SAMLENDE: Espen Dietrichs er leder for neurologisk avdeling på Oslo Universitetssykehus og må balansere både faglige og menneskelige forhold i arbeidet med sammenslåingen av de to sykehusenes neurologiske avdelinger

◀ - Vi har allerede avgitt nevrologiske stillinger i forbindelse med at Grorud-dalen har flyttet til AHUS og Asker og Bærum til Vestre Viken. Så det er allerede redusert noe på antall stillinger i avdelingen, og i det øyeblikket man kommer under ett tak, og kan drive mer rasjonelt, kan det selvfølgelig bli snakk om en ytterligere reduksjon av stillinger.

#### Hvordan er funksjonsdelingen mellom Ullevål og Rikshospitalet i dag?

- Stort sett sånn at Rikshospitalet er second opinion og Ullevål er øyeblikkelig hjelp. Ullevål er øyeblikkelig hjelp fra Oslo og Rikshospitalet er second opinion fra hele landet.

**KRONISKE FORDELER**  
Neurologi er et fag med mye poliklinisk aktivitet.

#### Har du noen tanker om spesielle pasientgrupper som kunne passe godt for oppfølging i privatpraksis?

- Innen nevrologi er det mange kroniske pasienter, og mange av disse passer helt utmerket til å følges i privat spesialistpraksis. Det skjer jo til dels allerede.

#### Så det kunne avlaste trykket på sykehusene og gi kortere ventetider, hvis man brukte privatpraktiserende i større grad?

- Ja, det vil det kunne avlaste poliklinikk, spesielt uprioritert poliklinikk. Pasienter som ikke har rett til helsehjelp har jo enorme ventetider i forhold til sykehusene.

#### Hvor lange ventetider snakker vi om da, og hvilke typer pasienter er det du tenker på spesielt?

- Det er snakk om bortimot et års ventetid for pasienter som ikke har rett til helsehjelp. De som har rett til helsehjelp, håndterer vi innenfor fristen. Dette er de pasientene som enten har en farlig sykdom, eller en sykdom hvor man med rask vurdering og behandling vil bedre livskvaliteten vesentlig. Men det betyr at de som ikke har rett til prioritert helsehjelp får et veldig forsinket tilbud. Dette vil være pasienter med litt mer uspesifikke nevrologiske symptomer, som har hatt en del varighet og som selvfølgelig er plagsomme, men som ikke blir oppfattet å være alvorlig eller livstruende. Det kan være en ganske vid gruppe pasienter det her er snakk om. Det kan være svimmelhet, tilfeller som er i

grenseland mellom nevrologi og fysikalsk medisin, forskjellige smertetilstander eller psykosomatiske tilstander.

#### Og kronisk syke som trenger mer langvarig oppfølging, som for eksempel pasienter med parkinson, MS eller epilepsi. Hvordan er mulighetene for å få slik oppfølging på sykehus? Er det mange forskjellige leger de må forholde seg til?

- Det er klart at mange av de kroniske pasientene vi har, enten det er parkinson, MS, migrene, kan trenge litt tettere opp-

**“Private spesialister kan sjonglere med moderne behandlingsmetoder, noe som er vanskeligere for allmennpraktikere”**

følging også enn det vi kan gi. Og nettopp samspeillet mellom sykehusavdelingen og helsevesenet utenfor det er jo veldig viktig i den sammenhengen. Og de enkleste pasientene bør kanskje bare gå til sin fastlege eller allmennpraktiker, mens andre har mer behov for spesialistoppfølging. Noen av disse pasientene kan selvfølgelig følges opp av spesialist i privatpraksis, mens andre kan man kanskje ha en interaksjon i forbindelse med. Det jo ikke så voldsomt mange privatpraktiserende nevrologer i Norge. Noen pasienter med denne typen diagnoser, kanskje særlig parkinson og hodepine, går til privatpraktiserende, mens andre har et samspill hvor de går dels hos privatpraktiserende og av og til hos legen på sykehuset. For MS-pasienter er det kanskje mye som fortsatt behandles mest i sykehus. Det går litt på at til dels har en del av dem shub – forverringsepisoder - som gjør at de må legges inn på sykehus noen dager, og ha steroidkurer og dagbehandlinger. Disse bruker medikamenter som forskrives på sykehus.

#### ØNSKER FLERE NEVROLOGIHJEMLER

Kunne det i forbindelse med sammenlæingen vært en fordel om en del av nevrologene gikk fra sykehus og over til privatpraksis ved at det ble opprettet flere hjemler for privatpraktiserende?

- Ja, det at vi har så lange ventelister per i dag, viser jo at det vil kunne være

behov for flere privatpraktiserende, uten at man reduserte antallet på sykehuset. Totalt behov er større enn dagens tilbud.

#### Hva vil du anslå i antall hjemler som ville kunne hjelpe? 5, 10, 2? Jeg tenker da først og fremst på i Oslo.

- Nei, det har jeg for så vidt ingen full oversikt over. Men totaltallet nevrologer i Oslo kunne økes med flere stillinger, det kunne det. Det er absolutt et behov for å øke kapasiteten. Og det er for så vidt også noe av poenget, at nevrologi som fag er i en utvikling hvor du ikke bare vurderer og stiller diagnosen, men får stadig flere behandlingsmuligheter, til dels komplisert behandling som det er vanskelig for allmennpraktikere å holde følge med. Da er det er mye lettere for privatpraktiserende spesialister, som kan

sjonglere litt med de moderne behandlingsmetodene som dukker opp.

#### Hender det at allmennpraktikere henviser pasienter f eks til psykiatrien når de isteden burde vært til nevrolog?

- At pasienter henvises til feil spesialitet, det hender nok. Men på den annen side så tror jeg nok at nevrologi som spesialitet er en sann klinisk spesialitet, så det er nok mer at vi får henvist pasienter som vi etter å ha vurdert pasienten kanskje føler hører hjemme i en annen spesialitet. Jeg tror det er mer den veien, enn motsatt.

#### Det er nevnt at det går en del tid hos privatpraktiserende nevrologer på psykosomatisk utredning som det ikke finnes takster for, men som de føler at de må gjøre allikevel.

- Ja, det kan være mange forskjellige problemstillinger. Det trenger ikke bare være psykosomatisk, men også en del medisinske problemstillinger, hvor man vet at nevrologene gjør en grundig klinisk undersøkelse. Nevrologien brukes nok litt av andre spesialiteter til å sortere også. Og det er ikke sikkert at det er hensiktsmessig bruk. På den annen side er vi er en klinisk spesialitet, og vi er blant de siste spesialitetene innen medisin som gjør en generell klinisk undersøkelse av pasienten som kan være nyttig for å stille diagnoser.

#### Med internett og googling søker jo pasienten også i større grad opp infor-

#### masjon og svar på egne problemer...

- Ja, dette er på godt og ondt. Noen bruker internett på en fornuftig måte, men mange bruker det på en ikke-fornuftig måte. Det hender det kommer pasienter med bunker av uselektert dokumentasjon man må ta stilling til. På internett finnes jo så mangt, og pasienten er ofte ikke i stand til å skille hummer fra kanari. Så må vi prøve å sortere både den bunken og i tillegg ta stilling til hva pasienten egentlig feiler og hva som er aktuell behandling for vedkommende. Jeg vil nok si at det er mer belastende enn gunstig. Det tar tid, og er ofte sidespor. I tillegg til at pasienter ofte får hang-ups på ting de har lest på nettet.

#### På alternative behandlingsmåter, alternativ medisin, akupunktur og lignende?

- Akupunktur er vi ikke så redd for. Stamcellebehandling i Kina og Russland og slikt, er mye mer dramatisk å forholde seg til. Det ligger jo enorm fortjenestemulighet i en del av sånne litt sleipe helseløsninger. Og nettopp en del slike utenlandske klinikker vet å presentere seg fantastisk fint på internett og selge ikke-virksom behandling. Dette sliter vi litt med.

#### UTDANNING I PRIVATPRAKSIS

Det vært en snakk om en stund, muligheten for at leger i spesialisering kan få deler av sin utdanning i privatpraksis. Nå skal det visst komme i gang et slikt pilotprosjekt. Har du noen tanker om det? Hvilke fordeler og ulemper vil det være?

- At en begrenset del av utdannelsen kan foregå i en privat spesialistpraksis ser jeg ikke noe i veien for. Det som kan være et problem i visse settinger, hvis man sammenligner private sykehus, privat spesialistpraksis mot et offentlig sykehus, det er jo nettopp at i den grad private kan velge og man får en litt skjev fordeling av pasienter hos dem. Men hvis noen type pasientene blir trukket ut da, til de private, så er det jo veldig greit at private også tar sin del av undervisningsbyrden. I tillegg til at utdanningskandidaten også blir eksponert for den type pasienter som er hos private. Så jeg synes det er helt utmerket.

Noen av de private sier at det vil kunne være en fordel for utdanningen, at man hos dem kan følge pasienter mer kontinuerlig?

- Ja. Det kan du vel si at man kan ha hyppigere kontroller hos private. Og det kommer jo for så vidt også an på kapasiteten. At sykehusene har kapasitetsproblemer, og at de private mer kan sette opp og definere aktiviteten selv. Mange sier at hvis deler av utdanningen også kunne foregå hos private avtalespesialister så vil det kunne bidra til å øke kapasiteten på sykehusene. Men uansett, det at en utdanningskandidat får se pasienten flere ganger og får litt kontinuitet i det, er selvfølgelig positivt.

#### Og så er det vel forskjell på fagene også. I øre-nese-hals og øye for eksempel så er det jo ganske mye av den polikliniske behandlingen som foregår utenfor sykehus. Så kanskje enda mer aktuelt på de områdene?

- Der foregår en mye større andel av spesialistvirksomheten privat. Så nettopp i de tilfellene vil jo utdannelsen på et sykehus være mer ufullstendig. Hvis det er pasientgrupper som bare finnes hos private. Sånn er det ikke i nevrologi ennå i alle fall. Men allikevel så er det klart at du har noe av det samme i nevrologi. Altså, en allsidig utdanning er selvfølgelig veldig bra. At man får flere forskjellige elementer i utdannelsen. Det har vært snakk om man bør ha utdannelsen ikke fra ett men fra to sykehus for eksempel. Et

**“Totaltallet nevrologer i Oslo kunne økes med flere stillinger”**

alternativ kan jo også være at man har ett sykehus og private.

#### Har du noe tall på polikliniske konsultasjoner per år som utføres ved Oslo universitetssykehus? Og hvor mange nevrologer det er ansatt?

- Det er rundt 17 000 polikliniske konsultasjoner per år. Når det gjelder ansatte så har vi mange som er i eksternfinansierte forskerstillinger og slikt. Men vi har ca 40 stykker som går i vaktssystem. Altså ca 20 på hvert sted. Og det er overleger og assistentleger.

#### Har du noe inntrykk av hvordan det er i Norge kontra i Sverige, Danmark og andre land, når det gjelder antall utdannede nevrologer?

- Danmark og Sverige er nok nokså sammenlignbare med Norge. Når det gjelder antall utdannede nevrologer vil jeg tro vi er ganske nær Danmark og Sverige. Storbritannia har tradisjonelt hatt veldig få nevrologer for der er det mye som har vært overlatt til allmennpraktikere. Men tallet er i ferd med å stige der. I Tyskland så har de en kobling mellom nevrologi og psykiatri som er helt annerledes enn den vi har her. Der er det nok litt uoversiktlig, men der er nok også nevrologien på fremmarsj.

#### HJERNEN OG KUNSTEN

Hvordan er aktiviteten i Den norske nevrologer klubb for tiden? Jeg leste med stor interesse boken "Hjernen og kunsten"?

- Det er tre bøker og vi har vel så vidt satt i gang en fjerde bok. Det ligger litt frem i tid. Vi skal ha jubileum lørdag 26. november 2011, med Åpent hus i Litteraturhuset. Vi skal ha seks åpne foredrag. Tre om nevrologi og kunst og tre om nevrologi og historie. Den første boka, "Hjernen og kunsten", utga vi på eget forlag. Og så var det et forlag som ga ut ny utgave av denne. Og det samme forlaget har også gitt ut den andre boken, "Hjernen og kulturen", på norsk og "The Brain and the Arts" som er utvalgte stykker fra boken "Hjernen og kunsten" på engelsk.

Det er en gammel britisk nevrolog som har arrangert en del møter i London som har dreid seg om kunst, kultur og nevrologi. I den forbindelse er det også gitt ut flere bøker hvor vi har bidratt med kapitler. Men dette er litt annerledes enn det vi gjør i klubben selv.

#### Har dere jevnlig møter, eller hvordan arbeider dere?

- Vi har et årsmøte under Nevro-dagene hvert år. I tillegg har vi et eget sommermøte annethvert år. Og så har vi hatt noen utenlandsekspedisjoner andre somre. Så det blir et par arrangementer i året. ■