

pasienter med ortopedisk ansiktskirurgi (ortognatisk kirurgi) enn Ullevål universitetssykehus (henholdsvis 87 og 74 pasienter i 2001). Ullevål universitetssykehus har mange traumepasienter, og den kjevekirurgiske avdelingen utfører under 300 operasjoner i året på innlagte pasienter (mot om lag 200 ved Haukeland Universitetssykehus). Avdelingen ved St. Olavs Hospital er liten i denne sammenheng.

Det oppgis i intervjuet at 250 pasienter ville måtte sendes til utlandet fra Ullevål universitetssykehus hvis spesialiteten kjevekirurgi og munnhulesykdommer blir nedlagt. Dette er omtrent den årlige produksjonen ved sykehuset og innebærer at alle kjevekirurgiske pasienter sendes til behandling utenlands. Med utgangspunkt i ovennevnte tall kan disse pasientene sendes til andre sykehus i Norge, hvor de aller fleste ville få god og adekvat behandling. Skulle pasientene sendes utenlands, vil neppe Sverige eller Danmark være aktuelt, da den omtalte spesialiteten ikke finnes i disse landene.

I Norge behandler plastikkirurgene pasientene med leppe-kjeve-gane-spalte, øre-nese-hals-legene tar seg av maligne sykdommer i munn, kjeve og svelg, og tannlegene (oralkirurgene) behandler etter tidligere definisjon sykdommer i tenner, kjeve og tilgrensende områder. Ved Haukeland Universitetssykehus behandles kompliserte traumer og rekonstruksjoner av team bestående av de nevnte spesialister. Det blir da en relativt liten nisje igjen til spesialiteten kjevekirurgi og munnhulesykdommer.

#### Knut Tønes

Kjevekirurgisk avdeling  
Haukeland Universitetssykehus

#### Litteratur

1. Johannessen LB. Få, men med høy kompetanse. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 98.

#### A.M. Ransve svarer:

Som ledd i presentasjonen av vår forening forsøkte vi å få frem det unike ved vår spesialitet. Spesialiteten kjevekirurgi og munnhulesykdommer bygger på full kompetanse innen medisin og odontologi og fire års spesialistutdanning ved godkjent kjevekirurgisk avdeling.

Det er kommet presiseringer fra to tannleger/oralkirurger ved Haukeland Universitetssykehus som gir inntrykk av at maksillofacialkirurgi er et fagfelt som man ved tann- og kjeveklinikker på et lavere behandlingsnivå behersker (1, 2). De tilslører at det er forskjell i utdanning og kompetanse innen den tannmedisinske og den medisinske spesialiteten. Det later til å være stor interesse for f.eks. frakturbehandling og bittkorrigerende kirurgi. I den medisinske spesialiteten må man ha operert 85 frakturpasienter og gjort 60 ortognatiske inngrep. Tilsvarende krav for tannleger med utdanning i oralkirurgi ti operasjoner av hver type (3). En tannlege kan dessuten ikke ha

selvstendig behandlingsansvar for pasienter innlagt i sykehus. Etter vår mening er avansert ortopedisk ansiktskirurgi ikke noe for sporadisk behandling ved sentral- og lokalsykehus. Det må være i pasientenes interesse at høyspesialiserte tjenester sentraliseres også innen dette fagområdet, i tråd med Helsedepartementets anbefalinger og krav til fastsetting av kvalitetsindikatorer. Dette er grunnlaget for å bygge opp kompetanse og utdanne nye spesialister.

Maksillofacial kirurgi er et fagområde som internasjonalt er i vekst. I løpet av de senere år har man i stadig flere land gått inn for at full kompetanse innen odontologi og medisin skal være basisgrunnlaget for utdanningen. Som et ledd i EU-tilpasning av medisinske spesialiteter er det naturlig at maksillofacial kirurgi i Norge består som egen spesialitet lokalisert til universitetssykehusene (4). Fagområdet oral kirurgi er et naturlig supplement for å dekke den dentoalveolære kirurgi ved sykehuspoliklinikker på et lavere behandlingsnivå samt i privatpraksis.

De 250 pasientene som jeg sa måtte sendes utenlands hvis vår spesialitet ble borte, er personer med alvorlige medfødte misdannelser/vekstforstyrrelser i ansiktskjelett/calvarium, pasienter med alvorlige skadeskveler og pasienter med behov for frie, vaskulariserte graft. At vi skulle ha operert ca. 300 innlagte pasienter årlig ved Ullevål universitetssykehus, passer ikke med vår operasjonsprotokoll. I fjor hadde vi vel 500 operasjoner på innlagte pasienter.

#### Anne Marie Ransve

Norsk forening for maksillofacial kirurgi  
Kjeve/ansiktskirurgisk avdeling  
Ullevål universitetssykehus

#### Litteratur

1. Grønningsæter AG. Odontologiske og medisinske spesialiteter. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 675.
2. Tønes K. Unyansert om kjevekirurgi i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 675–6.
3. Videreutdanningen i oral kirurgi. [www.odont.uio.no/videreutdan/vidmed.html](http://www.odont.uio.no/videreutdan/vidmed.html)
4. Lowry J. European guidelines for speciality training in oral & maxillofacial surgery. J Craniomaxillofacial Surgery 2003; 30: 136–40.

#### Attester – umulig eller bare vanskelig?

Jeg hadde i fjor høst en interessant samtale med en jurist ved trygderetten. Vedkommende ringte opp for å si ifra at hun hadde til hensikt å frigi til en pasient en attest som jeg hadde utferdiget i en uføresak på bestilling fra det lokale trygdekantoret. Grunnen til at jeg hadde anmodet trygdekantoret om å unnta attesten for innsyn fra pasienten, var at det er stort sprik i min og pasientens virkelighetsoppfatning om årsakssammenheng når det gjelder hennes sykdom. Samarbeidet mellom oss har fungert fint hvis man ser bort ifra akkurat dette punktet.

Juristen mente at jeg ikke hadde noen rolle som uavhengig sakkyndig overfor trygden, jeg skulle kun tale pasientens sak. Opplysninger skulle kunne tilflyte pasienten med støtte i pasientrettighetslov, helsepersonellov og forvaltningslov. Unntaket/reservasjonen gjelder kun der kunnskap er til skade for pasienten. Der det var behov for det, ville trygden bruke sine egne sakkyndige for å vurdere saken på grunnlag av opplysninger fra meg.

For meg illustrerer dette godt forskjellen i ståsted for juristene og for oss leger. Lovhjemlene er jo i og for seg greie nok. Som leger blir vi av Rikstrygdeverket og andre bedt om å uttale oss om kompliserte problemstillinger med uklare, selvmotsigende juridiske krav. Symmeldinger, arbeidsevne, tapt arbeidsfortjeneste, refusjon av billetter og ferie, attester til skole og det militære, scooterdispensasjoner og parkeringsdispensasjoner etc. Disse uttalelsene er basert på fagkunnskap, skjønn og kjennskap til den enkelte pasient og har store og til dels uforutsigbare konsekvenser for alle parter.

Vi kan altså velge juristens fortolkning med støtte i lovverket og være pasientens advokat uansett, med den følge at attester fra oss blir ubrukelige og irrelevante (som han som på nettdebatten på EYR mente at pasienten selv var best i stand til å vurdere om han var ufør), eller vi kan holde oss til attestreglementet, som stiller visse krav. Man kan velge mellom å få hodet kappet av av en jurist innen helsejusen eller av en misfornøyd pasient og dennes advokat.

Hvis man fortsatt ønsker en uavhengig, faglig begrunnet medisinsk vurdering, spesielt i forhold til Rikstrygdeverket, burde man sette grenser for innsyn fra pasienten slik at vurderingen nettopp kan bli uavhengig.

#### Jarand Gjestland

Straumen legekontor

#### ■ RETTELSE

337 sykebesøk på dagtid  
fra Oslo Legevakt

Erling Iveland  
Jørund Straand

Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 354–7

I ovennevnte artikkel i Tidsskriftet nr. 3/2004 side 355 i tabell 2, 1. kolonne (under Diagnosegrupper), 4. og 8. linje, skal stå: «Ortopedisk sykdom *eksklusive* rygg/hakke» og «Luftveisinfeksjoner *eksklusive* pneumoni».

I 2. kolonne (under ICDPC-diagnoser), 1. og 4. linje, skal stå: «Alle D *eksklusive* D75/77» og «Alle L *eksklusive* L01/02/03/04/84/86».