



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Beskyttelse til besvær

Det var med undring vi leste redaktørens mini-leider i Tidsskriftet nr. 8/2005, der hun laster IT-sjefer for å være overbeskyttende (1). IT-systemene med brannmurer ved Ullevål universitetssykehus var spesielt nevnt.

Det er sykehusledelsens ansvar å klargjøre hvilket sikkerhetsnivå foretaket må ha. Administrerende direktør er ansvarlig for at lover og påbud etterkommes, og IT-sjefer følger ledelsens instruksjoner. Sykehusene må ha et langt høyere sikkerhetsnivå enn for eksempel universitetene på grunn av kravene til sikring av pasientdata. Så egner da heller ikke, som påpekt av Datatilsynet, Universitetets IT-systemer seg til oppbevaring av persondata fra klinisk relatert forskning. Ullevål universitetssykehus var i 2004 det eneste av Datatilsynets tilsynsobjekter blant universiteter og sykehus som ble funnet å ha en tilfredsstillende håndtering av personvern i forbindelse med forskning. De øvrige virksomheter fikk ulike pålegg for å få etablert tilsvarende. Ullevål universitetssykehus har dessuten etablert sikre nedlastingsmuligheter fra Internett på en måte som tilfredsstiller de lovpålagte krav og sikrer pasientenes rettigheter, samtidig som forskning og internasjonalt samarbeid er muligjort.

Inggard Lereim
Konstituert adm. direktør

Povel N. Paus
Forskningsdirektør
Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Haug C. Beskyttelse til besvær. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 977.

Redaktøren svarer:

Etter ett års erfaring med bruk av Manusnett, Tidsskriftets Internett-baserte system for forfattere og fagvurderere, og de første erfaringene med SERUS, system for rapportering av utdanningsvirksomhet i sykehus, viser det seg at Ullevål universitetssykehus er et av et fåtall sykehus som ikke tillater leger å bruke nettets muligheter til å sende skjemaer og laste opp og ned vedlegg. På denne måten hindres leger i å delta i faglig samarbeid og til på enklere og raskere måter å utføre pålagte plikter. Da vi ble klar over at bruk av Manusnett var et problem ved Ullevål, skrev vi brev til redaktøren om dette. Svar venter vi fortsatt på.

Sykehuset trekkes også frem som eksempel på en av de største arbeidsgiverne for leger i Norge.

For oss er det et paradoks at mulighetene til å utnytte Internett varierer fra sykehus til sykehus, også mellom de som driver forskning, når kravene til datasikkerhet er de samme. Det kan synes som om sikkerhetspolicyen varierer på bakgrunn av ulike oppfatninger blant IT-sjefer, og ikke på bakgrunn av ulike sikkerhets- eller brukskrav blant de ansatte.

Norsk Helsenett AS, der sikker tilgang til Internett er ett av tilbudene, eies av de regionale helesforetakene. Etableringen av helsenettet burde være en god anledning til å sikre leger i Norge lik, sikker tilgang til interaktiv bruk av Internett, og samarbeidspartnere forutsigbare betingelser for å utvikle nettbaserte systemer som skal benyttes av ansatte ved sykehus.

Charlotte Haug
Stine Bjerkestrand
Tidsskriftet

Faglige meddelelser og eget livssyn

Jeg gjør meg noen tanker etter lederartikkelen av Torleiv Ole Rognum i Tidsskriftet nr. 6/2005 om identifiseringsarbeidet etter flodbølgekatastrofen i Asia (1). Han avslutter artikkelen med en henvisning til hva som hjelper ham i å takle de inntrykk han får i slike katastrofesituasjoner.

I slike situasjoner er det viktig, som Rognum nevner, med faglig fokus, god organisering av dagene med briefing og debriefing samt ulike aktiviteter og samhold på fritiden. Det er dessuten en trygghet å ha et livssyn, en ideologi eller en idé om livet også i slike sammenhenger. Når Rognum avslutter lederartikkelen med å vise til sitt personlige livssyn, inviterer han samtidig til spørsmål og diskusjon om når en slik opplysning er riktig.

I hvilke faglige sammenhenger er det relevant å vise til sitt eget livssyn, det være seg som kristen, muslim eller humanetiker?

Ivar Skjåk Nordrum
Det medisinske fakultet
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Litteratur

1. Rognum TO. Identifisering av lik etter flodbølgen. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 712.

Blødere og kirurgi

I artikkelen til Mishra og medarbeidere i Tidsskriftet nr. 7/2005 om kirurgi ved alvorlig blødersykdom (1) savnes en omtale av kirurgi som behandling av blødersykdommen. Jeg ble involvert i behandling av blødere som spesiallege og senere overlege ved Kirurgisk poliklinikk, Rikshospitalet i tiden 1966–86. Det forbauser meg at det i artikkelen står at det ved utgangen av 2002 var registrert bare 119 pasienter med en eller annen form for blødersykdom. I mars 1972 var det registrert 257 pasienter i Norge med slike plager, hvorav 15 med von Willebrands sykdom.

Ved alvorlig hemofili starter blødningene gjerne i 7–8 måneders alder og kan skje hvor som helst i kroppen. Den hyppigste årsak til invaliditet er leddblødninger, særlig i knær, dernest albuer. Fire av fem pasienter med alvorlig hemofili får kneleddsatrofi. I løpet av 1–2 år oppstår svære bruskdestruksjoner med eventuelt subluksasjon baktill av tibia med stor grad av fleksjonskontraktur og quadricepsatrofi. Forandringene i leddhinnen minner meget om dem man ser ved revmatoid artritt. Ved denne sykdommen har synovektomi vært meget effektiv.

I 1966–86 utførte et team på fire italienerne med professor Storti i spissen 16 synovektomier på blødere, hvorav 15 på knær, med utmerket resultat både hva gjelder senere blødninger og kneets funksjon. På Rikshospitalet ble dette tatt opp, og første synovektomi ble utført i et kne på en 12 år gammel bløder i 1969 av Jan A. Pahl ved Oslo Sanitetsforenings Revmatismesykehus. Pasienten hadde hemofili A med faktor VIII på ca. 1 %. Samtidig ble begge menisker fjernet. Det var en fleksjonskontraktur på 35 grader, og leddet var så godt som ødelagt av gjentatte blødninger. Ved kontroll to år senere hadde det ikke vært blødninger i kneet, men kneet hadde en fleksjonskontraktur på 30 grader.

Fra perioden 1966–79 har jeg hatt 85 blødere til behandling, og det ble utført ti synovektomier, åtte i knær og to i albuer, alle av revmakirurg, de fleste ved Revmatismesykehuset. I knærne ble det utført meniskektomier. En pasient ble operert samtidig i begge knær. Her oppstod det blødninger postoperativt, og det endte med ankylose i strak stilling i begge knær. Tilførselen av manglende faktor var dosert for lavt. Heldigvis hadde pasienten gående og stående

arbeid som han klarte å utføre. De andre knær og albuer ble kvitt blødningene med tilfredsstillende bevegelighet. Revmakirurger meddelte meg medio april d.å. at det etter hvert er foretatt vel 100 synovektomier. Det er utført korrigerende osteotomier, osteofiksjoner ved brudd og satt inn endoprotetiser i knær og albuer med tilfredsstillende resultater.

Kjell A. Nøkleby
Sandvika

Litteratur

1. Mishra V, Paus AC, Tjønnfjord GE. Kirurgi ved alvorlig blødersykdom – kostbar behandling til en liten pasientgruppe. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 883–5.

G.E. Tjønnfjord og medarbeidere svarer:

Kjell A. Nøkleby kommenterer vår artikkel om kirurgi ved alvorlig blødersykdom (1). Han savner en omtale av kirurgi som behandling av blødersykdommen, og han er overrasket over at det bare er registrert 119 pasienter med blødersykdom i Norge.

Nøkleby har dessverre ikke fått med seg at det i artikkelen står at det er registrert 1 119, ikke 119, pasienter med blødersykdom i Norge ved utgangen av 2002. Tabell 1 i artikkelen redegjør nærmere for de ulike diagnosegruppene, og tabellen viser at pasienter med von Willebrands sykdom utgjør den største gruppen.

Vi er kjent med Nøklebys innsats som en av pionerene når det gjelder ortopedisk kirurgi hos norske pasienter med blødersykdom. Fortsatt er det slik at ortopedisk kirurgi pga. blødningsartropati er den hyppigste kirurgiske intervensjonen hos norske blødere. Dette fremkommer klart av artikkelen. I tidsperioden som omtales i artikkelen, ble det utført 132 ortopediske inngrep. 110 av inngrepene ble utført pga. blødningsartropati, dvs. at inngrepene var behandling av blødersykdommen eller egentlig komplikasjoner til blødersykdommen. Men det er viktig å være klar over at vel så mange kirurgiske inngrep ble utført i den aktuelle perioden pga. sykdommer hvor det ikke var noen direkte sammenheng mellom den sykdommen som trengte kirurgisk behandling og pasientens blødersykdom. Vi ønsket i utgangspunktet å gi en langt mer detaljert fremstilling av hvilke typer kirurgiske inngrep som ble utført hos bløderne bl.a. ved en ganske omfattende tabell, men av redaksjonelle grunner måtte artikkelen forkortes betraktelig.

Geir E. Tjønnfjord
Vinod Mishra
Albert C. Paus
Oslo

Litteratur

1. Mishra V, Paus C, Tjønnfjord GE. Kirurgi ved alvorlig blødersykdom – kostbar behandling til en liten pasientgruppe. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 883–5.

Bør turnustjenesten forkortes?

Jeg vil gjerne komme med noen synspunkter i anledning artikkelen av Svein Steinert & Hasse Melbye, *Utdanning av allmennleger – hva kan vi lære av Nederland?*, i Tidsskriftet nr. 8/2005 (1).

Skal en redusert turnustjeneste hjelpe våre ferske kolleger ut i fast jobb? Eller er dette en måte å få bort den økende ventelisten på autorisasjon av leger? Hvorvidt man skal kutte ned på tiden for å bli spesialist i allmenmedisin, er opp til spesialitetskomiteen. Men spør du meg, så er det å kutte ned på turnustiden en altfor enkel utvei for en nokså vanskelig og i omfang voksende problemstilling. Riktignok er det slik at turnustjenesten ikke er blitt evaluert grundig, men det er mye bra arbeid som pågår. Ikke har turnustjenesten forandret seg så mye som resten av Helse-Norge. Det blir flere og flere om beinet, og med rette kan man spørre seg om hvordan man skal sikre kvalitet. Hva har vi og hva mangler vi? Har pasientene lidd?

Steinert & Melbye mener at seks måneders tjeneste ved et sykehus ved to avdelinger er tilstrekkelig. Det gir ikke kvalitet, selv med bedre veiledning og mer intens oppfølging. Hva skal man rekke på tre måneder? Blir man trygg på seg selv i løpet av den tiden? Tid er viktig og nødvendig for å vokse.

Steinert & Melbye legger mye vekt på rekruttering til allmenmedisin. Helt greit. Men det må ikke gå utover dem som skal bli sykehusleger. Bred erfaring er nødvendig. Litt kirurgi er greit å kunne selv om man skal bli geriater. Veiledning, både i sykehus og i distrikt, er noe som er sterkt ønsket og nødvendig, men reformer, DRG-poeng og økende arbeidsoppgaver fører til en nedprioritering av veiledning. Er det overraskende?

Vi kan ikke ha en type turnustjeneste for dem som skal bli allmennleger og en for dem som skal bli sykehusleger. Det er i turnustjenesten mange av oss finner ut hva vi skal satse på. Dette er nødvendig for å gi pasientene den kvaliteten de skal ha. Selv om flere land har avvirket turnustjenesten, er det ikke selvsagt at det må gjøres i Norge. Norske turnusleger er stort sett fornøyde med turnustjenesten. Jeg har selv nylig gjennomført turnustjeneste og synes det er viktig å kjempe for å ha en slik ordning. Å redusere turnustjenesten er første steg mot å avvikle den. Jeg er helt enig med Steinert & Melbye at vi trenger en målrettet, veiledet og kvalitetssikret turnustjeneste. Det er gode argumenter for å gjøre noen forandringer. Men å kutte ned på turnustiden er ikke løsningen.

Christian Siva
Sykehuset i Vestfold

Litteratur

1. Steinert S, Melbye M. Utdanning av allmennleger – hva kan vi lære av Nederland? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1040–1.

S. Steinert & H. Melbye svarer:

Et viktig poeng i våre to artikler i Tidsskriftet nr. 8/2005 er at vi i større grad bør se grunn-, videre- og etterutdanning av leger i sammenheng (1, 2). Forkortet turnustjeneste i sykehus er ikke noe mål i seg selv, men kan trolig være hensiktsmessig. Kapasitets- og kvalitetsproblemene i sykehusturnus er allerede betydelige. Dette ble bekreftet av mange unge leger under turnuskonferansen i Oslo 27. april 2005. Vi er uenig med Christian Siva i at en reduksjon av turnustjenesten er første steg for å avvikle den. Vi tror derimot at det å satse på en kortere turnustjeneste med høy kvalitet er en god og realistisk strategi. Vi tror det vil vise seg å bli svært vanskelig å løfte kvaliteten på dagens tjeneste nå som de store utdanningskullene vil kreve økt kapasitet ikke bare i turnustjenesten, men også i grunn- og spesialistutdanningen. Flaskehalsproblemene i turnustjenesten er allerede merkbare og vil i fremtiden føre til at mange leger vil få et ufrivillig avbrudd i sin utdanningsprosess. Fortsatt bør sykehusturnus foregå på avdelinger der turnuslegen møter pasienter med alvorlige og akutte medisinske tilstander, slik man tradisjonelt har kunnet gjøre på de indremedisinske og kirurgiske avdelinger rundt om i landet.

Dersom sykehuseierne og veilederne ved sykehus mener at vi tegner et for pessimistisk bilde av spesialisthelsetjenestens veiledningskapasitet, tar vi imot det budskapet med glede. Vi har uansett nok å gjøre med å bedre turnusutdanningen i vårt eget fag, allmenmedisinen, der variasjonen mellom de beste og dårligste utdanningsstedene sannsynligvis er vår største utfordring. Vi stiller oss imidlertid spørrende til planene om å sende alle turnusleger ut i obligatorisk psykiatritjeneste. Hvordan har man tenkt at allerede hardt pressede psykiatere skal tilrettelegge god undervisning for 800 turnusleger per år uten at ventelistene for behandling blir ytterligere forlenget? Da synes vi det vil være bedre å satse på en god sykehustjeneste i psykiatri og rusmedisin i allmennpraktikernes spesialistutdanning.

Svein Steinert
Hasse Melbye
Universitetet i Tromsø

Litteratur

1. Steinert S, Melbye H. Utdanning av allmennleger – hva kan vi lære av Nederland? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1040–1.
2. Melbye H, Steinert S. En annenledes modell for allmenlegeutdanning. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1030–2.