



## Brev til redaktøren

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

### Beskyttelse til besvær

Det var med undring vi leste redaktørens mini-leder 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.

#### Inngard 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 bruskestruksjoner 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