

Tilbakemelding



Turnuslege Ole Kristian Losvik har en skarpsynt, velformulert og ærlig, men dessverre trist rapport fra norsk helsevesen i Tidsskriftet nr. 16/2013 (1). Han peker på fenomener som jeg også har grublet mye over i mine 23 år som kliniker. Hvorfor tilbyr helsevesenet så ofte fremmedgjørende dynamikk for oss som jobber der? Hva kommer den kollegiale tausheten av? Hva skyldes medisiner-verdenens manglende bevissthet om hva som er gode, trygge opplæringsforhold?

Jeg kjenner meg dessverre godt igjen i det Losvik skriver. Hvor kommer dette fra?

Det henger nok, som mange ting der mennesker samarbeider, sammen med såkalte komplekse forhold.

Jeg tror studiet i seg selv selekterer en sosial gruppe med bias mot litt innbitt prestasjons- og konkurransementalitet. Jeg tror også at den dyptsittende og for så vidt nødvendige «finn feilen»-kulturen i klinisk arbeid også påvirker vårt kollegiale samspill. Kanskje dreier det seg om reproduksjon av eldre kollegers egne små eller store fremmedgjørings- og ensomhetstraumer fra de første årene som leger.

På universitetssykehus, der utfordringene ikke bare er kliniske, men også består av forskning og undervisning, synes det dessuten å være et prioriteringsmønster som setter forskning høyest, dernest klinisk arbeid, og så helt nederst undervisningsoppgaver. Det finnes i tillegg mange andre, og kanskje viktigere, faktorer, for eksempel rammebetingelser på store sykehus generelt, for dem som jobber der, inkludert veilederne.

Jeg utfordrer kolleger til å tenke sammen med oss om dette viktige spørsmålet – kanskje er det også andre faktorer som spiller inn.

Til slutt en liten betraktning: Jeg har (utrolig artig) arbeid som universitetslektor ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, i det såkalte lege/pasientkurset. Det går det første og det andre året. Studentene kastes hodestups ut i pasientkontakt andre måned ut i studiet, på fastlegekontorer i byen. De lærer seg pasientsentrert konsultasjon, og seansene blir filmet. De greier seg fantastisk godt. Når vi evaluerer videoene, er første spørsmål: «Hva synes du gikk bra?» Her står de bom fast. Vanligvis er svaret omtrent slik: «Nei, jeg burde nok hatt mer fokus på ...» De greier det simpelthen ikke. Det motsatte av skam er stolthet. Underlig da – nesten å skamme seg over egen stolthet. Det blir nesten som en kollektiv nevrose. For meg viser det hvor viktig det er at vi aktivt og positivt støtter de nye i faget.

Losviks hjertesukk fikk meg engasjert. Ikke verst, synes jeg. Men hva kan gjøres? Heldigvis mye. Det begynner med bevisstgjøring, noe Losviks innlegg er et strålende eksempel på. Etter det er det egentlig enkelt. Eldre kolleger bør raskt sjekke hva utdanningskandidaten (e) har gjort bra i det siste, og nevne det allerede på neste morgenmøte: «Vet dere, det der synes jeg Fredrik gjorde skikkelig bra. Hvor har du det fra, Fredrik?» Ikke gjør de ferske ensomme og redde. Det smitter blant annet over på pasientene. Gjør de ferske trygge! Da blir de virkelig gode. Banalt? Ja vel, desto bedre. Bare da å iverksette. Eller hva tror dere andre?

Harald Sundby
har-su2@online.no

Harald Sundby (f. 1962) er fastlege ved Kalvskinnet legesenter i Trondheim.

Oppgitte interessekonflikter: Sundby er 50 % universitetslektor ved Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Litteratur

1. Losvik OK. Der den høyeste formen for ros er fravær av kritikk. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1690.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert som rask respons på nett 9.9.2013. <http://tidsskriftet.no/article/3051101/>

Prokalsitoninmåling har stor nytteverdi ved mange bakterielle infeksjoner

I nyhetsspalten i Tidsskriftet nr. 16/2013 refererer Sigurd Høye (1) til en studie som drøfter verdien av prokalsitoninnivå i allmennpraksis (2). I studien beskriver man 2 820 pasienter, hvorav 140 hadde pneumoni. Prevalensen beregnes her på 5%, mens det mer korrekte måtte da være 1,7%, siden studien ble gjennomført i løpet av tre vintre.

Det er velkjent at ved ukomplisert pneumoni er prokalsitoninnivå ofte normalt. Analysen har stor nytteverdi ved mange alvorlige bakterielle infeksjoner og septiske tilstander hvor prokalsitonin (PCT) stiger hurtig, dvs. etter 4–6 timer (hurtigere enn CRP som stiger etter 10–20 timer), og i motsetning til CRP reagerer prokalsitonin ikke på lokal eller lettere bakteriell infeksjon og virusinfeksjon. Ved suksessfull antibiotikabehandling vender prokalsitoninnivå hurtig tilbake til det normale med en halveringstid på 24 timer (3). Analysens bruk er godt beskrevet i *Brukerhåndbok i medisinsk biokjemi* (4). Prøvematerialet er heparinplasma, serum eller EDTA-plasma. Prøven er holdbar kun i 24 timer, og ved forsendelse må plasma fryses og sendes på tørris. Prokalsitonin er høyest spesifikk biokjemisk parameter for bakteriell infeksjon som, sammen med CRP, inngår i rutineraportaret, og bør per i dag kunne utføres ved de fleste større laboratorier.

Krystyna Sandvik
krystyna.sandvik@gmail.com

Krystyna Sandvik (f. 1959) er bioingeniør ved Avdeling for medisinsk biokjemi, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Høye S. Prokalsitoninmålinger er uten nytteverdi. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1696.
2. van Vugt SF, Broekhuizen BD, Lammens C et al. Use of serum C reactive protein and procalcitonin concentrations in addition to symptoms and signs to predict pneumonia in patients presenting to primary care with acute cough: diagnostic study. *BMJ* 2013; 346: f2450.
3. Longbye J, Kjær A, Ladefoged S et al, red. Longbyes laboratoriemedisin. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2010.
4. www.prosedyrer.no/index.php?var1=prosedyrer&var2=emne&emne_id=000262 (14.10.13).

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert som rask respons på nett 24.8.2013. <http://tidsskriftet.no/article/3051406/>

Vanskelige reflekseive pronomener

I Tidsskriftet nr. 16/2013 anmelder Erlend Hem Finn-Erik Vinjes bok *Sjærlighet og sjøttkaker*. Som et eksempel fra boken trekkes frem at setningen: «Eva fant legen liggende i sin seng» er tvetydig, mens derimot «Eva fant legen liggende i hennes seng» er oppklarende på at det er Evas seng.

Men hva hvis det var en kvinnelig lege?

Kjell Gisholt
kgisholt@online.no

Kjell Gisholt (f. 1940) er pensjonert praktiserende spesialist i indremedisin. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hem E. Språkrøret. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1740.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert som rask respons på nett 10.9.2013. <http://tidsskriftet.no/article/3054551/>

>>>