

nomsnittlig 32 % reduksjon av infeksjonene. Kostnad-nytte-effekten var betydelig. Til sammenlikning økte infeksjonene med 18 % ved sykehus uten slike tiltak.

Cochrane-databasen inkluderer i liten grad evaluering av smitteverntiltak i sykehus. Fra begynnelsen av 1980-årene har det i flere land vært arbeidet mye med kunnskapsgrunnlaget for sykehushygiene. Viktigst er kanskje at Centers for Disease Control and Prevention utviklet en prosedyre for evaluering av grunnlaget for forebygging av infeksjoner i sykehus. Metoden er benyttet ved oppdatering av veiledere for en rekke smitteverntiltak (3). Et tilsvarende systematisk tilnærming er benyttet av helsedepartementet i Storbritannia i EPIC-prosjektet (4).

Det finnes altså vitenskapelig belegg for en rekke smitteverntiltak i sykehus. Slike tiltak bør beholdes inntil det eventuelt foreligger nye, gode studier som viser at de ikke har forventet effekt. Det finnes også vitenskapelig grunnlag for at noen tiltak ikke har effekt og at de bør avskaffes. Vi som driver med smittevern i sykehus, arbeider bevisst med å bli kvitt forholdsregler uten effekt og få sykehuse til heller å sette ressursene inn der det er mest å hente. Vi er også klar over hvor det mangler dokumentasjon og hvor det er nødvendig med mer forskning.

Bergen/Oslo

Stig Harthug
Avdeling for sykehushygiene
Haukeland Sykehus
5021 Bergen

Egil Lingaas
Avdeling for sykehushygiene
Rikshospitalet
0027 Oslo

Litteratur

1. Aavitsland P. Verner smittevernet mot smitte? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1973.
2. Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG, Munn VP et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. Am J Epidemiol 1985; 121: 182–205.
3. Garner JS. The CDC Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Am J Infect Control 1993; 21: 160–2.
4. Pratt RJ, Pellowe C, Loveday HP, Robinson N, Smith GW, Barrett S et al. The epic project: developing national evidence-based guidelines for preventing healthcare associated infections. Phase I: guidelines for preventing hospital-acquired infections. Department of Health (England). J Hosp Infect 2001; 47 (suppl): S3–82.

Feilaktige tall om schizofreni og uførepensjon

Jan Olav Johannessen har i Tidsskriftet nr. 20/2002 en meget informativ og interessant artikkel om schizofreniens epidemiologi (1). Det er ikke tvil om at sykdommen har store konsekvenser for folkehelsen.

Dessverre oppgir forfatteren feil tall om omfanget av schizofreni som årsak til uføre-

pensjon. På tre steder, blant annet i artikkelens annen setning, hevdes det at 10 % av alle uføretrygdede i Norge har diagnosen schizofreni. Dette refereres også i Tidsskriftets omtale av artikkelen på aller første side. Som referanse angis en publikasjon av McGlashan & Johannessen fra 1996 (2).

10 % høres urimelig høyt ut og viser seg å være feil. Ved utgangen av år 2000 hadde 279 573 personer uførepensjon i Norge. Av disse hadde 6 769 diagnosen schizofreni, dvs. 2,4 %. Da inkluderes alle tilfeller med ICD-10-kodene F20 (schizofreni), F21 (schizotyp lidelse), F25 (schizoaffektive lidelser) samt ICD-9-koden 295 (schizofrene psykoser).

Disse tallene er da også mer i samsvar med de tall for insidensen av schizofreni, mellom 7 og 15 for 100 000 innbyggere, som forfatteren legger frem, og som han selv kommenterer er svært lave i forhold til den påståtte prevalensen av uførepensjon.

Oslo

Søren Brage
Utredningsavdelingen
Rikstrygdeverket

Litteratur

1. Johannessen JO. Schizofreni – omfang og betydning. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2011–4.
2. McGlashan TH, Johannessen JO. Early detection and intervention with schizophrenia: rationale. Schizoph Bull 1996; 22: 201–22.

Sammen for pasientens beste

I Tidsskriftet nr. 19/2002 hadde Hans Chr. Gansson Kristiansen en rapportasje om mulig gjeninnføring av karakterer ved det medisinske studiet ved Universitetet i Oslo (1). Problemstillingen kan bli aktuell også i Tromsø.

Jeg lar meg ikke imponere over argumentene til dekan Stein Evensen og studiedekan Borghild Roald. Fordelene det argumenteres med er at det med karakterer blir lettere å skille studentene ved søknad om studentutveksling og om stipendiatstillinger, og kliniske stillinger. I lys av den selsomme kvalitetsreformen bør ulike muligheter for evaluering belyses. Det er viktig at flere instanser blir hørt, men viktigst at studentene sammen med sine respektive fakulteter finner frem til den beste løsningen.

Oftest sammenliknes medisinstudenter

med jusstudenter, men mens advokatene krangler med hverandre, har legene plikt til å samarbeide for et felles beste – nemlig pasientens. Er pasientene tjent med karakterer i medisinstudiet? Noen studenter mener at vi allerede uten karakterer gjerne velger å holde relevant informasjon for oss selv dersom vi skulle finne noe ekstraordinært. Mange av dem som kommer inn på studiet, er sterke individualister. Skal vi videre dyrke denne individualismen? Hvordan vil dette bli med karakterer?

Studentene som er uteksaminert ved Universitetet i Tromsø har vært på topp blant dem som har tro på egen mestring etter studiet. Hvordan kan de det når de ikke har fått karakterer? Da jeg leste til eksamen i vår, slo det meg at vi alle var tjent med at alle stod; derfor hadde vi faktisk ingenting å tape på å hjelpe hverandre. Jeg tror at det nåværende systemet uten karakterer stimulerer til samarbeid.

Man bruker ansettelsesproblematikken som et argument for å gjeninnføre karakterer. Kan det være at arbeidsgiver ansetter den beste legen nettopp fordi vedkommende ikke har karakterer? Rektor Jarle Aarbakke ved Universitetet i Tromsø fikk en gang spørsmål om ikke opptaket til medisinstudiet kanskje burde baseres på andre ting enn karakterer, da gode karakterer ikke garanterer for interesse eller engasjement. En ansettelse bør vel også baseres på annet enn karakterer?

Den «store» kvalitetsreformen sier at vi skal ha tettere evaluering. Kan en obligatorisk kursprøve være en garanti for oppfølging og kvalitet – uten at vi nødvendigvis trenger karakterer? Kan såkalt mappeevaluering være et alternativ?

Det er pasienten vi skal hjelpe, ikke våre egne egoer. La oss sammen garantere for faglig dyktighet til beste for pasientene. De beste legene er ikke nødvendigvis dem med de beste karakterene. De beste foreleserne leverte ikke nødvendigvis de beste doktorgradene. La individet være parameteren vi blir dømt etter, ikke noen bokstaver som kanskje ikke var fortjent.

Tromsø

Nina Helberg
stud.med.

Litteratur

1. Christiansen HCH. Kommer karakterene tilbake i medisinstudiet? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1930.