



Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no

Tyttebærplukking og fargesans hos leger

Erlend Hem hadde i Tidsskriftet nr. 2/2004 en leseverdig artikkel om betydningen av fargesans hos leger (1). Observasjon av fargeforandringer, særlig i rødspekteret, er et viktig element i hverdagen for mange av oss. Det er en liten regnefeil i Hems artikkel. Hvis 0,5 % av kvinnelige leger er rødgrønnsvake, er det bare et tjuetall av våre norske kvinnelige kolleger som har fargesansproblemer i sitt yrke – ikke 200.

Evolusjonen av fargesans i dyreverdenen, også hos primater, har mange fascinerende aspekter. Hvordan overlevde de rødgrønnsvake i en befolkning som levde av naturen? Det sies at de som jegere hadde bedre nattsyn og større evne til å se konturer, mens kamuflasjefarger forvirret de normalsynte. Dette har vært utnyttet i militær sammenheng ved gransking av kamuflerte objekter (2). Mye mer om rødgrønnsvakhet finnes på nettet, <http://www.toledo-bend.com/colorblind/links.html> har mange nyttige linker.

Selv tilhører jeg den store gruppe mannlige norske leger som er rødgrønnsvake, noe som gjorde at jeg dessverre aldri kunne bli skipsfører som min farfar, men som jeg drog selvisk nytte av på familieturer med tyttebærplukking. Trafikklys volder intet besvær, lysstyrke og plassering sørger for det. I mitt yrke som cytogenetiker kan derimot evnen til å identifisere svak rød og grønn fluorescens være et problem, men heldigvis kan moderne elektronisk bildeteknikk «omskape» disse fargene til bølglengder som er greiere for øynene mine.

Når foredragsholdere eller forfattere lager illustrasjoner, faller altfor mange for fristelsen til å fremstille grafer i røde og grønne varianter, for ikke å snakke om diverse sjatteringer av rødt eller grønt for å vise ulike grader eller symboler. Er det umulig å fatte at 8 % av de mannlige tilhørerne eller leserne ikke får med seg substansen i slike fremstillinger? Det finnes enkle oppskrifter for å bedre på dette. Noen nettdesignere tar det alvorlig, se f.eks. <http://www.visibone.com/colorblind/>. Denne diskrimineringen av en synsminoritet er unødvendig og utålelig. Synspigmentmutanter i alle land – foren eder!

Carl Birger van der Hagen
Institutt for medisinsk genetik
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Hem E. Fargeblinde leger – er det noe problem? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 195–7.
2. Morgan JE. Color-blind hunters. N Engl J Med 1973; 289: 1205.

Odontologiske og medisinske spesialiteter

I Tidsskriftet nr. 1/2004 er det et intervju med leder i Norsk forening for maxillofacial kirurgi, Anne Marie Ransve (1). I artikkelen blir det gitt opplysninger som berører den odontologiske spesialiteten oral kirurgi og oral medisin og som krever en presisering. Videre er beskrivelsen av fagområdet oral/maxillofacial kirurgi ikke helt i samsvar med de opplysninger vi sitter inne med.

Oral kirurgi og oral medisin ble i 1952 opprettet som en av de to første odontologiske spesialitetene i Norge. I tråd med internasjonal utvikling kreves det for denne spesialiteten en femårig heltidsutdanning, som består av basalutdanning (kurser og seminarer), klinisk tjeneste (inkludert ett års tjeneste i oral-/kjevekirurgisk avdeling ved universitetssykehus), sideutdanning i relevante medisinske fagområder og godkjent spesialistopp-gave. Etter initiativ fra Helsedepartementet iverksettes det nå en økning i utdanningskapasitet og en endring slik at deler av utdanningen kan foregå ved andre sykehus med oral-/kjevekirurgiske avdelinger. I dag er det til sammen 14 kandidater under utdanning i spesialiteten. Behovet for oralkirurger er beregnet til én spesialist per 70 000 innbyggere. Dette tilsvarer ca. 65 klinisk aktive spesialister på landsbasis. Per i dag finnes det omtrent 43 godkjente oralkirurger, hvorav langt over halvparten arbeider ved de odontologiske fakultetene, ved universitetssykehus og ved øvrige sykehus.

Det er en formell og reell forskjell på en lege eller tannlege med kompetanse innenfor en disiplin, noe som oppnås gjennom etterutdanning, og en formelt godkjent medisinsk eller odontologisk spesialist.

Volumkirurgien, som Ransve omtaler, er viktig for det felles fagområdet oral og maxillofacial kirurgi. Ved de sykehusene som har oral-/kjevekirurgiske avdelinger eller seksjoner, tar oralkirurgene hånd om tann-, kjeve- og ansiktstraumene og deltar i det tverrfaglige traumeteamet. Oralkirurger ved sykehus gjennomfører etter hvert en betydelig mengde elektiv kirurgi på pasienter som krever innleggelse, slik som ortognatisk kirurgi, kjeveleddskirurgi,

rekonstruksjonskirurgi, rehabilitering med mer avansert implantatkirurgi mv. Det er, etter det vi har kunnet bringe på det rene, få pasienter som sendes fra de øvrige universitetssykehusene eller andre sykehus med oral-/kjevekirurgisk avdeling til Ullevål universitetssykehus. Behovet og indikasjonene ligger vel i dag på det spisskompetansenivået som det kraniofaciale teamet på Rikshospitalet representerer.

Jeg er enig med Anne Marie Ransve i at oral/maxillofacial kirurgi er et spennende og utfordrende spesialfelt. Det er i dag en klar underbemanning på landsbasis. Det er en viktig målsetting å kunne tilby nødvendig spesialistbehandling i alle deler av landet.

Spesialister i oral kirurgi har sin basis i odontologien, og en vesentlig del av henvisingene kommer fra tannleger. Spesialister i oralkirurgi har god erfaring med teamarbeid i helsevesenet og i sykehusene og representerer på denne måten et viktig bindeledd mellom medisin og odontologi.

Arne Geir Grønningsæter

Norsk forening for oral kirurgi og oral medisin

Litteratur

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

Unyansert om kjevekirurgi i Norge

I Tidsskriftet nr. 1/2004 omtales Norsk forening for maxillofacial kirurgi, basert på et intervju med Anne Marie Ransve (1). Intervjuet inneholder enkelte opplysninger som ikke er korrekte.

Det er riktig at det bare er to sykehus som har egen avdeling med ansikts-/kjevekirurger, men det finnes ti sykehus som har avdelinger for oral-/kjevekirurgi. Disse er bemannet med spesialister i oral medisin og oral kirurgi, den odontologiske kirurgiske spesialiteten. Behandlingsspekteret ved en del av disse avdelingene er ikke mye annerledes enn det er ved de to avdelingene som nevnes i artikkelen, og svært få pasienter henvises videre. Bare de ganske få pasientene i Norge med kraniofaciale misdannelser henvises til kompetansesenteret ved Rikshospitalet/Ullevål universitetssykehus.

Kjevekirurgisk avdeling ved Haukeland Universitetssykehus har i mange år vært bemannet med oralkirurger. Ifølge tall fra Norsk pasientregister behandler vi her flere

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
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».