

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 endoprotoser 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 annerledes modell for allmenllegeutdanning. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1030–2.