



Brev til redaktøren

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

Jakten på gode kvalitetsindikatorer er et nasjonalt ressursproblem

I Tidsskriftet nr. 21/2006 peker Rygh & Mørland fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten på viktige internasjonale utviklingstrekk hva gjelder kvalitetsindikatorer som kan ha en viss betydning også for norske forhold (1), men overføringsverdien bør diskuteres.

I sin handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner peker Helse- og omsorgsdepartementet på flere tiltaksområder: prevalens- og insidensundersøkelser av sykehusinfeksjoner, overvåking av resistente mikrober og antibiotikabruk, håndhygiene, bygningsmessige og strukturelle forhold, internrevisjon og tilgang til tilstrekkelig smittevernpersonell (2). Forekomst av sykehusinfeksjoner er en kvalitetsindikator med mange delindikatorer, og departementet har pekt på flere indikatorer som har betydning for sykehusinfeksjoner.

Sykehusinfeksjon er den vanligste komplikasjonen (3) og den fjerde hyppigste direkte eller indirekte årsak til dødsfall i befolkningen totalt sett. Er det mulig å bruke denne indikatoren til internasjonal eller nasjonal sammenlikning? Til nå har det stort sett bare vært mulig å bruke denne type kvalitetsindikatorer til intern sammenlikning – longitudinelt for den enkelte avdeling, spesialitet eller sykehus. Det er store organisatoriske forskjeller mellom land med hensyn til pasientbehandling, personellbruk, grad av privatisering, forsikringsbehandling, oppfølging i primærhelsetjenesten og samarbeid med andre helseinstitusjoner. Slike faktorer påvirker forekomsten av sykehusinfeksjoner. I Norge varierer liggetiden i sykehus mellom landsdeler og over år, og samarbeidet med primærhelsetjenesten og andre sykehus varierer mellom landsdelene (4). Som ett av få industrialiserte land i verden har Norge svært mange sykehus med korridorsenger, og antallet øker selv om det totale sengetallet går ned (4). Korridorsenger er helt sentralt under større og mindre nosokomiale utbrudd. Sammenlikningsgrunnlaget er derfor problematisk, og jakten på den gode indikator kan bli dyr.

Innføring av insidensstudier som kvalitetsindikator av diverse typer sykehusinfeksjoner i norsk helsevesen har skapt en «gjøkunge» som induserer masse merarbeid for smittevernpersonell, stiller store krav til datakompetanse og ressurser og er van-

skelig å strukturere (5). Resultater skal tilbakeføres til bruker. Men pærer, epler og appelsiner havner ofte i samme kurv. Det er ikke bare operasjonsteamet som har gjort en feil når pasienten får en postoperativ sårinfeksjon 25 dager etter operasjonen. Årsaken kan ligge både hos pasienten selv, i behandlingen pre-, per- og postoperativt eller i videre oppfølging ved andre sykehus eller i primærhelsetjenesten. Å tolke begrepet postoperativ sårinfeksjon er ikke lett, særlig når pasienten selv skal vurdere resultatet (5). Det er derfor spørsmål om «de gode kvalitetsindikatorer» noensinne vil finnes. Statsbudsjettet for 2007 viser i alle fall ikke spor av ressurser eller vilje til å finne dem (6).

Björg Marit Andersen
Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Rygh LH, Mørland B. Jakten på de gode kvalitetsindikatorer. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2822–5.
2. Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner 2004–2006. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2004.
3. Andersen BM, Rasch M, Tollefsen T et al. Point prevalence studies during 10 years – study of nosocomial infections in a tertiary university hospital in Norway. J Hosp Infect 2006; 64 (suppl 1): 70.
4. Jørgenvåg R, red. SAMDATA Somatikk sektorrapport 2005. Trondheim: SINTEF Helse, 2005.
5. NOIS 2. Norsk overvåkningssystem for infeksjoner i sykehustjenesten. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2006.
6. St.prp. nr. 1 (2006–07). For budsjettåret 2007.

Tilleggsmedisinering med liotyronin ved hypotyreose?

Jeg har med interesse lest et innlegg av Grete Aastorp i spalten Personlige opplevelser i Tidsskriftet nr. 17/2006 (1). Aastorp føler seg godt fornøyd med tilleggsmedisinering av liotyronin (T3) til den medisineringsen hun tidligere hadde med levotyroksin (T4) grunnet hypotyreose.

De undersøkelser som er gjort vedrørende tilleggseffekt av liotyronin til behandling med levotyroksin, viser ikke noen dokumenterte effekter på velbefinnende eller andre forhold som kan være gunstig for den enkelte pasient (2). Man kan ikke helt utelukke at tillegg av liotyronin hos enkelte pasienter kan ha gunstig effekt. Men tyroksin omdannes til trijodtyronin i kroppen, og en forsiktig økning av levotyroksin vil kanskje gjøre samme nytte,

i tillegg til at levotyroksin har en lengre halveringstid og derfor gir et jevnere nivå av stoffskiftehormon.

Våre egne erfaringer er at pasienter som bruker liotyronin i tillegg til levotyroksin – vi får en del av disse henvist til vår avdeling – som regel ikke får bedre allmenntilstand etter oppstart med liotyronin. Tvert imot synes de oftere å få problemer med hjertebank og andre symptomer som ses ved hypertyreose. Ut ifra tidligere kliniske studier og egen erfaring er holdningen ved Endokrinologisk avdeling, St. Olavs Hospital altså at behandling med liotyronin i tillegg til levotyroksin ikke er indisert ved hypotyreose.

Valdemar Grill
St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Aastorp G. Om å fylle olje på en tørr motor. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2293.
2. Escobar-Morrelae H, Botella-Carretero J, Escobar del Rey F et al. Review: Treatment of hypothyroidism with combinations of levothyroxine plus liothyronine. J Clin Endocrinol Metab 2005; 90: 4946–54.

G. Aastorp svarer:

I min søken etter kunnskap om medisinerings ved hypotyreose på en rekke nettsteder har jeg observert ulike meninger om tilleggsmedisinering med liotyronin (T3) ved hypotyreose. Studiene disse meningene baserer seg på, er få og motstridende, og antallet pasienter per studie er påfallende lavt tatt i betraktning den høye prevalensen av hypotyreose.

Jeg skrev mitt innlegg på oppfordring fra nettopp den avdeling ved St. Olavs Hospital som Valdemar Grill er leder av. Det var der jeg omsider ble hjulpet med en fungerende medisinerings for min sykdom. Min endokrinolog sa at han angret at han ikke hadde igangsatt en studie på effektene av kombinasjonsbehandling med levotyroksin (T4) og liotyronin. Over 100 av hans pasienter hadde opplevd vesentlig bedring ved slik medisinerings i de få årene han hadde tilbudt det. Det var særlig symptomer som labilt stemningsleie, nedsatt kognitiv funksjon og generelt velbefinnende som endret seg i positiv retning. Sett i lys av min positive respons på medisineringsen og min interesse for fagfeltet, ble vi enige om at jeg skulle forfatte et innlegg i Tidsskriftet.

Jeg har selv forsøkt en moderat økning av

levotyrosin for å bedre mine symptomer på tross av at jeg allerede lå innenfor «normalvinduet» for fritt tyrosin. Dette ga ikke effekt utover sporadiske symptomer på hypertyreose. Disse symptomene har ikke vært til stede etter overgangen til tilleggsmedisinering med liotyronin. Er det mulig at noen pasienter med liten eller ingen egenproduksjon av tyrosin (biologisk T4) kan ha for lite effektiv konvertering av tyrosin over til det aktive trijodtyronin (biologisk T3)? Selv om kun ca. 10 % av trijodtyronin konverteres i skjoldbruskkjertelen, kan denne andelen likevel ha en betydning? Måles fritt trijodtyronin jevnlig hos pasienter som fremdeles sliter med symptomer på hypotyreose?

Jeg har forståelse for at de fleste pasienter med hypotyreose får god nok demping av sine symptomer ved levotyrosinbehandling. En del pasienter sliter imidlertid med vedvarende symptomer selv om de har normale verdier både på thyroideastimulerende hormon (TSH) og fritt tyrosin. For disse pasientene vil man kanskje forsøke å øke levotyrosindosen ytterligere. Men hvis dette heller ikke fører frem, bør tilleggsmedisinering med liotyronin vurderes til tross for at studier ennå ikke har konkludert entydig. Det handler faktisk om å bringe mennesker tilbake til en fungerende hverdag, og det til lave kostnader. Selv jobber jeg nå fullt og tenker med gruppa de samfunnsmessige kostnadene ved at jeg, med alle de yrkesaktive årene jeg har foran meg, ikke skulle få en medisinering som gjør at jeg fungerer.

Grete Aastorp
Trondheim

Boomeritt eller mosjonitt?

I Tidsskriftet nr. 9/2006 står en fornøylig minileder med tittelen *Boomeritt som bumerang*, om hvordan den mosjonsivrige etterkrigsgenerasjonen i USA fyller opp poliklinikker og operasjonssaler med sine små og større idrettsskader (1). Babyboomgenerasjonen vil heller ha kne- og hofteproteser, operasjoner og behandling for betennelser og stressfrakturer enn å senke aktivitetsnivået, og belaster således helsevesenet i sin jakt på god helse. Vi får vite at en amerikansk ortoped har kalt denne farangen for *boomeritt*, en betegnelse som neppe er god norsk og som trolig ikke slår an i Norge. En annen spøkefull, dekkende og treffende betegnelse kan være *mosjonitt*.

Jørgen Vogt
Oslo

Litteratur

1. Haug C. Boomeritt som bumerang. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1177.

Behandlerne lege og sykefravær

«Jeg sa til legen at jeg kunne arbeide 50 % noen uker etter operasjonen, men han sa at gradert sykemelding er så plundrete, og ville fortsatt sykmelde meg 100 %.» «Jeg ville være hjemme, men legen sa at det var best for meg å forsøke å jobbe, han hadde rett!» Dette er to historier blant et utall som illustrerer legens rolle og de tilfeldigheter som sykefraværet er underlagt. Selvsagt kan det ikke fortsette slik. Alle parter, også legene, må se nødvendigheten av mer konsistens, mer forutsigbarhet og mer faglighet i «det å sykmelde».

Et element blant virkemidlene i avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) er å svekke legenes rolle, for derigjennom å gi plass for en ansvarliggjøring av ansatte og arbeidsgivere. Utvidet anledning til egenmelding var det ene grepet, det er liten tvil om at dette har vært vellykket. Det andre grepet omhandler de som har behov for medisinsk behandling og oppsøker lege. Det er da meningen at pasienten skal være en likeverdige partner når behovet for sykmelding drøftes. Arbeidstakeren (som pasient) tar med seg sin kunnskap om arbeidsplassens ufordringer og muligheter for tilrettelegging og skal sammen med legen komme frem til en konklusjon (funksjonsvurdering) om hva som er mulig: Fortsatt i arbeid, eventuelt med tilrettelegging, gradert sykmelding, aktiv sykemelding eller sykmelding.

I altfor stor grad gir dette tilfeldige resultater, og man bør etterspørre muligheter for forbedringer hos alle parter. Arbeidsgiver må ta et ansvar for at arbeidstaker (som pasient) er seg bevisst muligheter for tilrettelegging på arbeidsplassen. Arbeidstaker må gjøre seg opp en mening og fremme denne ovenfor legen. Legen bør ha som grunnholdning at også tilbakeføring til arbeid, tidligst mulig, kan være en målsetting for medisinsk behandling.

En obligatorisk direkte involvering av arbeidsgiver i legens saksbehandling etter 12 ukers sykmelding er et nytt virkemiddel som vi har store forhåpninger til, ikke bare i den enkelte sak, men som kompetanseløft for lege og arbeidsgiver. Møter med arbeidsgivere som legger vekt på å ivareta sine ansatte på beste måte, vil være holdningsdannende for behandlerne, og behovet for sykmelding vil bli vurdert med en annen bevissthet enn tidligere. Arbeidsgivers obligatoriske deltakelse i saksbehandlingen av sykmeldinger med mer enn 12 ukers varighet er selvsagt et kraftig virkemiddel som kan berøre pasientens integritet. Ordningen ville neppe være gjennomførbar (eller ønskelig?) uten «et mer inkluderende arbeidsliv» som motivasjon.

Vemund Digemes
Miljø/HMS-avdelingen
Norsk Industri

Sykefravær og arbeidsmedisin

Sykefraværsutvalget under ledelse av statsminister Jens Stoltenberg foreslår å øke legenes involvering i oppfølgingen av sykmeldte arbeidstakere. Sykmeldende lege skal møte den sykmeldte og arbeidsgiveren etter 12 ukers sykmelding. Det kan være fornuftig. En ulempe med forslaget er at mange leger har mangelfull kunnskap om arbeidsmiljøet i norske bedrifter.

Forslaget peker på behovet for å øke skolen i arbeidsmedisin i medisinstudiet. Med den raske endringen i arbeidsbetingelser som norske arbeidstakere opplever, er det også behov for etterutdanning på dette feltet. I dag foregår det en viss undervisning i arbeidsmedisin ved fakultetene i Trondheim og Bergen, uten at jeg er trygg på om studentene der får tilstrekkelig kunnskap til å kunne være til stor hjelp i sykefraværsoppfølging. Studentene i Tromsø får 6 timers undervisning i arbeidsmedisin i løpet av studiet, mens de som studerer i Oslo ikke får noe.

Det meste av arbeidsmedisinsk aktivitet i Norge foregår i allmennpraksis, men ofte uten at legen er klar over det. Nesten enhver ny pasient som henvender seg til primærhelsetjenesten har en arbeidsrelatert lidelse, dvs. arbeidsrelatert i den forstand at arbeidsforhold «kan ha sammenheng med» at lege ble oppsøkt (1). Det er sjelden at den siden ved sykdommen blir tatt opp under konsultasjonen. Uten konkret kunnskap om miljøet, det være seg kjemiske, fysiske, ergonomiske eller organisatoriske forhold, vil legens involvering være av begrenset nytte. For det mindretall av bedrifter som har bedriftshelsetjeneste, bør det være en selvfølge at bedriftslegen trekkes inn i oppfølgingen. Utvalgets forslag kan bli et slag i luften om det forutsetter en kunnskap som legen ikke har.

Håkon Lasse Leira
St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Hilt B, Kvenild K, Stenersen S. Arbeidsrelaterte sykdommer i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2065–7.

Politiske interessekonflikter

Sett i lys av den siste tidens åpenbare politisering av Tidsskriftet, både på leder- og kronikkplass og i «vitenskapelige» innlegg, ber jeg redaktøren om at vedlegget «oppgitte interessekonflikter» etter en artikkel heretter inkluderer forfatter(ne)s politiske bindinger så vel som deres eventuelle medlemskap av ledende karakter i interesseorganisasjoner, både av humanitær og politisk/parapolitisk type. Man bør også diskutere om ledende medlemskap i organisasjoner uten offentlig tilknytning (non-governmental organisations, NGO) bør inkluderes.