

toratet følger nå opp saken. Tematikken vil bli belyst og diskutert videre på Nasjonalt råd for kvalitet og prioriterings fagseminar om kreftscreening i slutten av oktober i år.

**Bjørn-Inge Larsen**  
Helsedirektør

## Meningsløst om nakkesleng

Vi må innrømme at vi leser Sven Knagenhjelm's innlegg i Tidsskriftet nr. 19/2010 i den pågående nakkeslengdebatten på bakgrunn av hans virke som erstatningsadvokat (1). Vi tror dette også må være grunnen til at han kun siterer for lengst utdatert litteratur om bløtdelsskader, og at han avviser relevansen av nyere studier der man ikke har kunnet påvise noen skadebetingede endringer i nakken med en meget sensitiv teknikk som MR. Når han hevder at «Litauenundersøkelsen» er blitt møtt med «omfattende» kritikk, kan han ikke mene den siste og viktigste litauiske studien, en kontrollert prospektiv kohortundersøkelse (2), som viste at det ikke er noen langtidsfølger etter vanlig nakkesleng i et land uten erstatningsmuligheter. Denne studien ble publisert i 1999, dvs. etter den av Knagenhjelm's siterte «omfattende kritikk». Eller mener han at kritikerne har hatt profetiske evner? Oss bekjent er det etter den prospektive studien fra 1999 ikke publisert en eneste detaljert kritikk i et internasjonalt medisinsk tidsskrift mot dette arbeidet. I stedet har enkelte tilhengere av det såkalte kroniske nakkeslengsyndrom valgt å ignorere resultatene i håp om at de skal gå i glemmeboken. Det gjør de ikke, og vi takker Knagenhjelm for å gi oss anledning til påny å påpeke at nakkeplagene etter nakkesleng i et land uten erstatningsmuligheter varer gjennomsnittlig tre dager og maksimalt 17 dager, mens hodepinen varer gjennomsnittlig 4,5 timer og maksimalt 20 dager (2).

Når det gjelder Knagenhjelm's betraktninger om den nedre grensen for potensielt skadeforvoldende hastighetsendring (delta V) av den påkjørte bil, blir disse meningsløse når han hevder et skadepotensial for hastighetsendringer hvor akselerasjonsbelastningen på nakken er lik eller mindre enn det man er utsatt for gjennom utallige nakkebevegelser i dagliglivets aktiviteter. Dersom man likevel går ut fra de symptomene som er angitt av nakkeslengutsatte, er den nedre potensielle skadegrensen egentlig 0 km/time, ettersom 20 % av forsøkspersoner også etter en liksom påkjørsel angir akutte eller subakutte symptomer (3). Når man heller ikke krever noen skaderelaterte funn ved objektive undersøkelser, åpner man egentlig for å innføre selvbestemt erstatningsrett, noe norske og åpenbart også danske domstoler i enkelte tilfeller langt på vei synes å ha akseptert. Medisinsk sakkyn-

dighet er i så fall overflødig i slike saker, og det er kanskje det Knagenhjelm ønsker?

**Harald Schrader**  
**Lars Jacob Stovner**  
Institutt for nevromedisin  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

### Litteratur

1. Knagenhjelm S. Bløtdelsskader etter lavhastighetskollisjoner. Tidsskr Nor Legeforen 2010 ; 130: 1908–9.
2. Obelieniene D, Schrader H, Bovim G et al. Pain after whiplash: a prospective controlled inception cohort study. Neurol Neurosurg Psychiatry 1999; 66: 279–83.
3. Castro WH, Meyer SJ, Becke ME et al. No stress – no whiplash? Prevalence of «whiplash» symptoms following exposure to a placebo rear-end collision. Int J Legal Med 2001; 114: 316–22.

## Uansvarlig om fusjonsprosessen på lederplass

I lederartikler (1, 2) og på nett (3) signaliserer Tidsskriftets redaktør bekymring for pasientsikkerhet og ansattes arbeidsmiljø i den pågående fusjonsprosessen ved Oslo universitetssykehus. Hun etterlyser kvalitetsstyring og kommunikasjon mellom grunnplan og ledelse. Disse forholdene er ikke undersøkt i sin helhet, og redaktørens orwellske vyer skaper tvil og usikkerhet blant pasienter og kolleger og i offentligheten. Ord som «desperasjon og fortvilelse», som Legeforeningens representanter bruker i pressen om situasjonen, er vel mer passende i reportasjer fra Pakistan eller Darfur.

Som aktiv kliniker (i hverdagen innen barneanestesi ved Rikshospitalet og i Luftambulansen) og samtidig del av klinikkledelsen ved Akuttlinikken føler jeg et sterkt behov for å nyansere dette.

Jeg er ansvarlig for kvalitetsutvalget ved Akuttlinikken og behandler avvik og klagesaker som kommer til klinikken. Vi har løpet av de første månedene som Oslo universitetssykehus fått et felles elektronisk avvikssystem som sikrer kvalitetsarbeid på tvers, kvalitetsmøter på alle lokalisasjoner og fokus på kvalitet – fra ledelsen og ned. Dokumentasjon fra kvalitetsoppfølging er en obligatorisk del av ethvert oppfølgingsmøte med administrerende direktør og ledelsen ved Oslo universitetssykehus. Alle prosjekter har representanter fra tillitsvalgte og verneombud, og de møter i ledergruppen hver 14. dag. Vi har etablert driftsteam ved operasjonshetene ved hele Oslo universitetssykehus. De skal sikre tverrfaglig kvalitet, arbeidsmiljø og effektivt pasienttilbud. Vi har sykmeldingsgruppe som følger endringer i sykefraværet på gruppenivå og intervensjoner mot forhold i arbeidsmiljøet som kan påføre ansatte sykdom.

At organisering og utvikling av Oslo universitetssykehus er en vanskelig prosess – det er greit. Det handler om visjoner for

norsk helsevesen, økonomi og mange delprosesser som tar lengre tid og er mer utfordrende enn mange antar på forhånd. Det kjenner vi på, alle vi som er villig til å ta ansvar for dette. Det handler om å ha vilje og stayerevne til å ta utfordringene.

Mange av oss i ledelsen har tatt tungt ansvar for fag og pasienter i mer enn et kvart århundre. Det vil noen av oss fortsatt gjøre. Mange ledere ved Oslo universitetssykehus har bakgrunn nettopp som tillitsvalgt for Den norske legeforening. Det ville være bemerkelsesverdig om vi i fellesskap skulle gå inn for å selge arvesølvet *kvalitet* for organiseringen av en fremtidsvisjon i vårt helsevesen. Tvert imot er det hensynet til kvalitet og pasientsikkerhet som bestemmer hastigheten på denne prosessen.

Dette burde lyse som en rød lampe til advarsel over redaktørens frie resonnementer om svikt i kvalitet og lederskap.

Pasientsikkerhet og kvalitet ofres ikke, og det foreligger en indre debatt og egne fora i Oslo universitetssykehus der ansatte møter ledelse. For min del møter jeg kolleger formelt og uformelt daglig – ved sykesengen, i korridoren eller på kontoret.

Virkeligheten svarer med andre ord ikke til innholdet av Charlotte Haugs meldinger til alle landets leger fra lederplass. Det er viktig for redaktøren å se sin stilling i dette perspektiv. Det er en mektig posisjon i norsk helsevesen å kunne forme en lederartikkel i Tidsskriftet! Tidsskriftet er når som helst velkommen til å komme til oss for å prøve å se helheten i dette før neste melding kommer!

**Øyvind Skraastad**  
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

### Litteratur

1. Haug C. Makten i uklare formuleringer. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1701.
2. Haug C. Faremelding: Understrømmer. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1805.
3. Haug C. Førlig taushet ved Oslo universitetssykehus. <http://blogg.tidsskriftet.no/2010/09/oslo-universitetssykehus/> (6.10.2010).

## Tilsvarsrett

Tidsskriftet praktiserer tilsvarsrett i henhold til Vancouver-gruppens regler ([www.icmje.org/publishing\\_5correspond.html](http://www.icmje.org/publishing_5correspond.html)). Dersom vitenskapelige artikler kommenteres i spalten, får artikkelforfatterne mulighet til å svare i samme nummer. Slik automatisk tilsvarsrett gjelder kun for forfattere av vitenskapelige artikler. Den gjelder imidlertid ikke dersom debatten fortsetter i spalten. Brev til redaktøren, dvs. hvis det for eksempel publiseres et motinnlegg til det første tilsvaret.