

oss til å børste støv av Charnleys lærebok i konservativ behandling, som beskriver reponering og gipsbehandling av brudd som vi i dag aldri ville nølt med å operere (8).

**Per-Henrik Randsborg**  
Akershus universitetssykehus

**Einar Andreas Sivertsen**  
Martina Hansens hospital

Per-Henrik Randsborg (f. 1973) er spesialist i ortopedisk kirurgi og klinisk stipendiat ved Universitetet i Oslo.

**Ingen oppgitte interessekonflikter.**

Einar Andreas Sivertsen (f. 1968) er dr.med. og assistentlege.

**Ingen oppgitte interessekonflikter.**

#### Litteratur

1. Bøhler E. Det beste i Norge – ikke alltid det beste i verden. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1280.
2. Randsborg PH, Sivertsen EA. Suprakondulære humerusfrakturer hos barn. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 349–52.
3. Young S, Fevang JM, Gullaksen G et al. Deformity and functional outcome after treatment for supracondylar humerus fractures in children: a 5- to 10-year follow up of 139 supracondylar humerus fractures treated by plaster cast, skeletal traction or crossed wire fixation. J Child Orthop 2010; 4: 445–53.
4. Prietto CA. Supracondylar fractures of the humerus. A comparative study of Dunlop's traction versus percutaneous pinning. J Bone Joint Surg Am 1979; 61: 425–8.
5. Henrikson B. Supracondylar fracture of the humerus in children. A late review of end-results with special reference to the cause of deformity, disability and complications. Acta Chir Scand Suppl 1966; 369: 1–72.
6. de Gheldere A, Bellan D. Outcome of Gartland type II and type III supracondylar fractures treated by Blount's technique. Indian J Orthop 2010; 44: 89–94.
7. Kargaard J. The treatment of supracondylar fractures by ambulatory traction. Trop Doct 1994; 24: 20–1.
8. Charnley J. The closed treatment of common fractures. Cambridge: Cambridge University Press, 1950.



## Vi har gode nok data

Bente Mikkelsen, administrerende direktør i Helse Sør-Øst, har i et brev til redaktøren i Tidsskriftet nr. 11/2011 (1) bemerkninger til undertegnede kommentar *Forbedring krever solide data* i Tidsskriftet nr. 7/2011 (2), der jeg kritiserte at Helse Sør-Østs mål er basert på uegnede data, nemlig prevalenstall.

Det er prisverdig at Helse Sør-Øst trekker smittevernet frem i lyset gjennom etablering av eget mål og at man for første gang har gjort det målbar. Slik satsing på pasientsikkerhet er tilpasset utviklingen internasjonalt, som har ført til føringer fra WHO (3).

Vi kan være enige om at prevalenstall er en enkel målemetode og at tallene er allment kjent, i tillegg til at sykehusene har rikelig med historiske data. Tallene mangler dog spesifisitet og kan kun møtes av uspesifikke tiltak. Det er derimot ikke riktig at historikk er forbeholdt prevalenstall: Registrering av insidenstall for kirurgiske inngrep ble etablert for flere år siden (4). Dermed har enhver sykehusledelse tilgang til relevante data for forbedring av spissede prosesser egnet til å redusere risikoen rundt våre mest utsatte pasientgrupper.

Smittevernnavdelingen i Vestre Viken arbeider etter internasjonale retningslinjer med risikostyring og etablering av egnede mål (5, 6) for all klinisk virksomhet. Målene ble nylig forankret i styrets sentrale kvalitetsutvalg. Vi har valgt klinikkvise mål for å møte ulik smitterisiko i virksomheten, og postoperative sårinfeksjoner er hovedsatsningsområdet innenfor kirurgien. Kvinnebarn-klinikken etablerer nå mål på 3 % for sårinfeksjoner etter keisersnitt. Dette stramme målet er resultatet av forbedringsarbeid gjort ved Bærum sykehus, der vi har redusert forekomsten til vesentlig under landsgjennomsnittet på 8 %. Tilsvarende for ortopedi (hofteproteseinfeksjoner) og colonkirurgi (anastomoselekkasjer).

For indremedisin gjelder annen smitterisiko. Den måles derfor på antibiotikabruken, med oppfordring til bruk av smalspektrerte midler til fortregning for de mer moderne. I psykiatrien legges det vekt på blodsmitteuhell. Tilpasset det brede målet fra Helse Sør-Øst gjennomføres det håndhygiene-kampanjer, der smykkebruk står sentralt.

Hovedideen i smittevernet har hele veien vært at ledelsen kan igangsette forbedringsarbeid ved manglende måloppnåelse. Smittevernnavdelingen hjelper til ved å tilby solid dataleveranse.

Måldokumentet til Helse Sør-Øst er såpass åpent og krever så mye lokal tilpassing at man risikerer at statistikk tallene ikke nødvendigvis kan settes sammen til en helhet eller benyttes til målformulering. Denne betraktningen blir antakelig enda verre på nasjonalt plan. Derfor burde de regionale helseforetakene samordne måldokumentene til nasjonale mål.

Selv om Helse Sør-Øst og Vestre Viken har ulik tilnærming til etablering av mål innen smittevernet, har vi alle et felles ønske om å redusere unødig risiko omkring pasientene våre. Det blir spennende å følge den forbedringen av mål som er påkrevd i Helse Sør-Øst.

**Mette Walberg**  
Bærum sykehus

Mette Walberg (f. 1958) er spesialist i medisinsk mikrobiologi og smittevernoverlege i Vestre Viken.

**Ingen oppgitte interessekonflikter.**

#### Litteratur

1. Mikkelsen B. Forbedring krever gode data. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1072.
2. Walberg M. Forbedring krever gode data. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 670.
3. WHO guidelines for safe surgery 2009. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf) (15.6.2011).
4. NOIS-registerforskriften. Forskrift av 17. juni 2005 nr. 611. [www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20050617-0611.html](http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20050617-0611.html) (15.6.2011).
5. NS-ISO 9001: 2008 om krav til styring av kvalitet. [www.standard.no/Global/PDF/Kvalitet/Kvalitetsstyring%20februar%202009%20samlet%20web.pdf](http://www.standard.no/Global/PDF/Kvalitet/Kvalitetsstyring%20februar%202009%20samlet%20web.pdf) (15.6.2011).
6. DS 2450: 2001 Styring af infektionshygiene – krav til ledelsessystemet. Charlottenlund: Dansk Standard, 2001.

Engelsk oversettelse av hele innlegget på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)



## Vi tar ryggpasienten på alvor

Håkon Lie er en nestor i norsk ryggmedisinsk miljø og initierte i sin tid opprettelsen av den tverrfaglige Norsk Forening for Ryggforskning. Med denne bakgrunnen er det vanskelig å forstå at han i tidsskriftet nr. 7/2011 ikke vil akseptere moderne ryggforskning, som danner grunnlaget for de nasjonale tverrfaglige retningslinjer for ryggbehandling (1). Disse er basert på systematisk gjennomgang av over 10 000 originalartikler og har graderte anbefalinger som fullt ut er overensstemmende med internasjonale retningslinjer for ryggbehandling (2).

Det er etter 20 års intens ryggforskning ikke dokumentasjon for en subklassifisering av den store gruppen – 85 % – med uspesifikke ryggplager. Lie bør være kjent med at det har vært gjort betydelige forsøk på å etablere slik subklassifisering, og en helt fersk doktoravhandling med dette som tema er nylig presentert (3). Verken denne eller radiologiske Modic-forandringer (4) har imidlertid vist seg klinisk og metodologisk anvendelige til å endre den etablerte diagnostiske inndeling.

Når Lie eller andre presenterer studier basert på subklassifisering som kan lede til en definert behandling som er signifikant