

Vi fant 35 studier der man hadde målt helseutfall etter kvikksølv-eksponering. Resultatene fra disse studiene var ikke entydige, og studiene var ofte små og av lav kvalitet. For tannlegeassistentene identifiserte vi 64 målte helseutfall i de av studiene som hadde kontrollgruppe. Her hadde kontrollgruppen bedre resultater enn den eksponerte gruppen i 20 av de målte utfallene. For tannleger, som også sannsynligvis opplevde lavere grad av eksponering enn assistentene, identifiserte vi 62 målte helseutfall i de av studiene som hadde kontrollgruppe. Her hadde både kontrollgruppen og den eksponerte gruppen bedre resultater enn tilsvarende i 13 av de målte utfallene.

Godt utførte studier uten kontrollgruppe viste statistisk signifikante assosiasjoner mellom kvikksølv i urin og redusert oppmerksomhet, hukommelse og manuell koordinering. De samme assosiasjonene ble indikert i studier der man sammenliknet tannlegeassistenter med ueksponerte populasjoner.

Karianne Hammerstrøm

kth@nokc.no

Gunn E. Vist

Liv Merete Reinar

Karianne Hammerstrøm (f. 1976) er forskningsbibliotekar og fagrådgiver ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Gunn E. Vist (f. 1965) forskningsleder ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Liv Merete Reinar (f. 1958) er forskningsleder ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Opgitte interessekonflikter: De tre forfatterne har skrevet en systematisk oversikt om samme tema som artikkelforfatterne.

Litteratur

1. Hilt B, Heggland I, Aas O et al. Mulige senskader hos tannhelsepersonell etter kvikksølveksponering. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1593–4.
2. Hammerstrøm KT, Holte HH, Dalsbø TK et al. Kvikksølveksponering hos tannhelsepersonell. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 02–2011. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011.

Publisert som rask respons i nettgaven 29.8. 2012.

En sammenlikning av epler og pærer

I sin kommentarartikkel i Tidsskriftet nr. 14/2012 presenterer Dag Bratlid noen tanker rundt fordeling av legers arbeidstid i sykehus (1). Med et nokså begrenset utgangspunkt i en analyse av akuttinnleggelser ved Akershus universitetssykehus og observasjoner fra egen avdeling hevder han at det foreligger en skjev fordeling av legearbeidstid i forhold til behovet, som av «kvalitetsmessige og forsvarlighetsmessige hensyn» ikke kan fortsette (1). Ved å sammenlikne bemanning i normal arbeidstid og på vakttid mer enn antyder han at en (hans egen?) sykehusavdeling er «overbemannet» på dagtid. En tabell som viser at det er færre legetimer på kveldstid og i helgene skal underbygge dette.

Det er vanskelig å tro at Bratlid ikke selv ser at han sammenlikner epler og pærer. Antall legetimer ved en avdeling må selvfølgelig relateres til mengden av legearbeid som gjennomføres i det angjeldende tidsrom, det vil si all den planlagte virksomhet (og noe akutt) som foregår på dagtid. Hvis Bratlid er bekymret for at det er for få leger til stede på vakt ved sin avdeling, er det intet hinder i dagens avtaleverk for at man kan øke vaktbemanningen ytterligere, f.eks. to primærvakter til stede, eller innføre lengre tilstede-

vakt for bakvakt eller andre ordninger. Det er faktisk avdelingsleders ansvar å tilse at vaktordningen er forsvarlig. Bratlids forslag om å oppheve legers status som dagarbeidere og innføre treskifts turnusarbeid på linje med sykepleiere, er i så måte oppsiktsvekkende dårlig. Den reduserte kontinuiteten vil føre til oppstykket observasjon og behandling av de sykeste pasientene, og reduksjonen i arbeidstid vil negativt påvirke den enkelte leges kliniske volum og etter hvert kompetanse. Redusert medisinsk kvalitet kan bli resultatet, som påvist i Sveits etter at kirurgiske assistentleger fikk begrenset sin arbeidstid til 50 timer per uke (2).

Bratlids forslag er irrelevant i forhold til problemet han (tilsynelatende) er opptatt av (bemanning på vakttid), men kan altså negativt påvirke kvaliteten på vår medisinske virksomhet. De eneste som applauderer er vel arbeidsgiver, som slipper å betale overtid og vaktgodtgjørelse frem til kl 21, men det var kanskje det som var poenget?

Tomm Brostrup Müller

tomm.muller@stolav.no

Tomm Brostrup Müller (f. 1961) er spesialist i nevrokirurgi og overlege ved Nevrokirurgisk avdeling, St. Olavs hospital.

Opgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Bratlid D. Har legene en hensiktsmessig fordeling av arbeidstiden? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1590–1.
2. Kaderli R, Businger A, Oesch A et al. Morbidity in surgery: impact of the 50-hour work-week limitation in Switzerland. Swiss Med Wkly 2012; e-publisert 24.1.2012.

Publisert som rask respons i nettgaven 20.6. 2012.

D. Bratlid svarer:

Det er nettopp sammenlikningen av epler og pærer som er inntrykket også jeg sitter igjen med etter å ha reflektert over hvordan fordelingen av arbeidstiden er for de fleste sykehusleger. Legenes arbeidstid har svært liten relasjon til pasientpågang og pasientbehandling, det ene betraktes som epler og det andre som pærer og har derfor lite med hverandre å gjøre! I motsetning til Tomm Brostrup Müller mener jeg imidlertid at dette er et galt utgangspunkt. Som i enhver annen produksjonsbedrift må det være et mål at også sykehusene tilpasser produksjonsmidlene til produksjonsbehovet.

Som Brostrup Müller peker på, analyserte min kommentarartikkel bare ubalansen i forholdet mellom legetimer og pasienttimer igjennom døgnet og ukedagene, noe som ikke gir et korrekt bilde av arbeidsbelastningen i ulike tidsrom (1). Min artikkel var imidlertid opprinnelig en detaljert vitenskapelig analyse av nettopp disse forholdene gjennom en representativ tremånedersperiode i 1999. Tidsskriftet ville imidlertid ikke akseptere resultatene for publisering, da de mente at studien var for gammel. Jeg er imidlertid i gang med å planlegge en oppdatert undersøkelse som forhåpentligvis vil overbevise også Brostrup Müller om at det er på høy tid å gjøre noe med dette. Endringer i legenes arbeidstid må likevel i stor grad ta hensyn til lokale forhold, en stor akuttavdeling på et stort sykehus må ha en annen profil enn en liten avdeling med mindre pasientpågang og mindre øyeblikkelig hjelp.

Jeg er selvfølgelig helt enig i at det er avdelingsleders ansvar å tilpasse legebemanningen til behovet. En rekke studier viser at behandlingskvaliteten går ned når bemanningen er for lav (2, 3). Min erfaring er imidlertid at slike forslag ofte avvises av avdelingsledelsen ved å vise til økonomiske rammer fremfor å ta hensyn til forsvarlighet i pasientbehandlingen og legenes arbeidsforhold.

>>>