

Men de pasienter som ønsker det, må gjerne kunne få en papirresept som i dag, gjerne med kode i tillegg. Istedenfor å se alle resepter vil den apotekansatte kun se den resepten som skal effektueres nå.

Det argumenteres for at det er en fordel at apoteket får se hele listen, slik at farmasøytene lettere kan oppdage uheldige kombinasjoner. Men denne kontrollen kan gjøres bedre av de legene som skriver ut preparatene. Jeg har selvfølgelig ingenting imot at min lege får se hele reseptlisten når han skal skrive ut et preparat. Da ivaretas alle personvern hensyn samtidig som man skulle tro at kontrollen blir bedre. Farmasøytene, som jo ikke kjenner pasienten, vil jo uansett bare kunne identifisere uheldige formelle kombinasjoner, og det kan vi jo la datamaskinen ta seg av.

**Kai A. Olsen**

*kai.a.olsen@himolde.no*

Kai A. Olsen er professor i informatikk, Høgskolen i Molde og Universitetet i Bergen.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

## Usikkert om unødvendige innleggelser



I Tidsskriftet nr. 21/2012 (1) omtales Børge Lillebo og medarbeideres studie om innleggelser som kunne vært unngått (2). Den er politisk svært aktuell, siden Helse- og omsorgsdepartementet som ledd i samhandlingsreformen har påbudt kommunene å tilby akutte døgnopphold (3). Ordningen synes faglig svakt fundert (4, 5).

Studerer man Lillebo og medarbeideres originalpublikasjon (2), fremkommer en del forhold som gjør fortolkningen usikker.

For det første ble studiens registrerings skjema bare utfylt ved 37 % av pasientkontaktene i registreringsperioden. Siden det klart fremgikk av skjemaet at formålet var å registrere innleggelser som kunne vært unngått, er det nokså sannsynlig at det er oppstått en skjevhet ved at legevaktlegene har husket på skjemaet akkurat i de tilfellene der han eller hun mente innleggelsen kunne vært unngått – og at de var mer tilbøyelig til å glemme det ellers. Denne systematiske feilkilden er så stor at resultatene som presenteres, trolig ikke er gyldige.

For det andre sto to av de 18 legevaktlegene som leverte registreringer for hele 48 % av registreringene. Disse to vurderte en mye høyere andel av innleggelsene som unngåelige (hhv. 33 % og 25 %), sammenliknet med resten av legevaktlegene (14 %). To leger med mye legevaktarbeid og et generelt negativt syn på nytten av innleggelse påvirker altså resultatet i betydelig grad.

For det tredje kunne forfatterne ha undersøkt hva som viste seg å feile de pasientene som ble antatt ikke å ha nytte av sykehusoppholdet. Det ville vært enkelt, all den stund de jo faktisk ble innlagt. Dette har forfatterne ikke gjort, og i originalpublikasjonen (2) fremhever de det som et fortrinn sammenliknet med studier der man i ettertid har vurdert om innleggelsene faktisk var unødvendige. Dette vitner om en nokså forbløffende grad av freidighet. Det er tidligere vist at forsøk på å sortere ut unødvendige innleggelser på grunnlag av den kunnskapen man har på innleggelsestidspunktet er vanskelig og lett vil føre til betydelig helsetap for pasientene (6).

Lillebo og medarbeideres arbeid er svært politisk korrekt og vil trolig bli omfavnet av representanter for Helse- og omsorgsdepartementet. Men god vitenskap er det ikke.

**Torgeir Bruun Wyller**

*t.b.wyller@medisin.uio.no*

Torgeir Bruun Wyller (f. 1960) er overlege ved Geriatrik avdeling, Oslo universitetssykehus og professor I ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

### Litteratur

1. Lillebø B. Kan antall innleggelser reduseres? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2375.
2. Lillebø B, Dyrstad B, Grimsmo A. Avoidable emergency admissions? Emerg Med J 2012. E-publiseret 14.9.
3. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp-døgnopphold. Veiledningsmaterieell. Oslo: Helsedirektoratet, 2012. [www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmaterieell/Sider/default.aspx](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmaterieell/Sider/default.aspx) [3.12.2012].
4. Wyller TB. For mange eller for få innleggelser? Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1702.
5. Wyller TB. Akutte sykehjem – fare for misbruk? Dagens Medisins blogg 20.11.2012. [www.dagensmedisin.no/blogg/torgeir-bruun-wyller/akutte-sykehjem--fare-for-misbruk/](http://www.dagensmedisin.no/blogg/torgeir-bruun-wyller/akutte-sykehjem--fare-for-misbruk/) [3.12.2012].
6. Eriksen BO, Førde OH, Kristiansen IS et al. Cost savings and health losses from reducing inappropriate admissions to a department of internal medicine. Int J Technol Assess Health Care 2000; 16: 1147–57.

Publisert som rask respons på nett 3.12. 2012

## Det forskes for lite!

I Tidsskriftet nr. 21/2012 hevder Dag Bratlid & Thor Willy Ruud Hansen at det brukes for mye ressurser på doktorgrader og at nytteeffekten for samfunnet er for liten til at ordningen kan opprettholdes (1). Jeg vil i det følgende tillate meg å komme med en motmelding:

Det er faktisk lovpålagt for medisinske fakulteter og store sykehus å drive forskning. Den viktigste årsaken til at antall avhandlinger årlig nå er oppe i 396 er omleggingen som ble gjort for noen år siden. Obligatoriske kurs inngår nå som en del av graden, og de kvalitative og kvantitative krav til forskningen er blitt redusert. Intensjonen ved omleggingen var å få spredt forskningskompetansen til flere miljøer.

De fleste begynner på graden i eller rett etter studiet, de færreste med økt status som mål. Til det er statusøkningen for liten, arbeidet for hardt og lønnen under forskningsperioden og lønnsbonusen etter endt disputas altfor lav. Langt de fleste begynner med et ønske om fordypning i et bestemt problem eller fordi de gjerne vil bli bedre skikket til å møte nye utfordringer fremover.

Selvfølgelig skal ikke alle som har tatt doktorgraden forske videre. Et flertall av mine doktorander med klinisk bakgrunn har hatt som målsetting å gå tilbake til klinikken. I min naivitet har jeg trodd på verdien av å ha klinikere med forskningserfaring, kritisk sans og kunnskaper slik at de både skal kunne initiere forskning og etterpå implementere nye behandlingsmetoder i klinikken.

De to professorene påpeker at det er sløseri å utdanne 400 bakere om man bare trenger 40. Uten å elte den deigen for mye vil jeg påpeke at det ikke er gitt hvem som er den gode bakeren – og langt vanskeligere er det å vite hvem som er den beste konditoren. Fremtidens medisin blir mer og mer høyspesialisert, og for å være med i denne utviklingen trengs det leger med stor kompetanse. Leger som kan og vil lese forskningsartikler. Den nordiske modellen med leger som både er cand.med. og ph.d. er en styrke som andre misunner oss. Jeg er meget usikker på om fordypning og selvstudier er en farbar erstatning. Selvfølgelig kan vi satse på import, slik vi nå gjør med bakervarer, men da må vi spørre oss om det er det vi vil.

I Norge er både de offentlige og de private bidrag til forskningen langt mindre enn i de landene vi vanligvis sammenlikner oss med. Til tross for det greier våre fakulteter å få frem så mange kandidater. Det forskes ikke for mye innen norsk medisin – heller for lite.

>>>

En god del av forskningen holder høyt nivå. En sikker vei til ytterligere kvalitetsheving vil være å øke bevilgningene drastisk – til modernisering av utstyret. Det er vanskelig å levere høyverdige konditorvarer om man bare har vedkomfy.

**Tore Midtvedt**  
tore.midtvedt@ki.se

---

Tore Midtvedt (f. 1934) er professor emeritus ved Karolinska Institutet  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

---

#### Litteratur

1. Bratlid D, Hansen TW. Forskes det for mye her i landet? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2367–8.

Publisert som rask respons på nett 28.11. 2012

#### D. Bratlid & T.W. Ruud Hansen svarer:

Som hobbybakere er det ikke lett verken for Tore Midtvedt eller undertegnede å få med alle ingredienser og i riktig forhold når forskningsdeigen skal lages. Vi er enig med Midtvedt i at det norske fokus på doktorgradsporet også har sine positive sider. Vi trenger jo faktisk å utdanne 40 dyktige bakere hvert år, og disse må vi få frem gjennom en prosess som i utgangspunktet bør omfatte flere kandidater. Imidlertid er det vel også i bakerfaget som i kokkefaget, jo flere deltakere (bakere), jo mer søl. I denne sammenheng kan sølet være sløsing med ressurser.

Uenigheten mellom Midtvedt og oss illustreres ved hans synspunkt at «selvfølgelig skal ikke alle som har tatt doktorgraden forske videre». Vi har forståelse for at det for en lege som begynner på et doktorgradsprosjekt, og som underveis erkjenner at dette ikke engasjerte sinn og hjerte i stort nok monn, må være lov å bestemme seg for å fullføre doktorgraden med ære og selvspekt i behold. Imidlertid, hvis målsettingen egentlig er å lære leger a) kritisk lesning av vitenskapelig litteratur, og/eller b) å ta ansvar for forskningsprosjekter i tilknytning til sitt kliniske arbeid, er vi ikke enige i at det er en grei bruk av ressurser å produsere et stort antall doktorander man vet ikke får anledning til å forske. Vår personlige

erfaring fra amerikansk akademisk barnemedisin er at man der oppnår disse målene uten å gå veien om doktorgradsporet.

Den organiserte doktorgradsundervisningen med obligatorisk opplæring i forskningsmetodikk har likevel sine fordeler. Dette burde imidlertid også være et tilbud til leger som ønsker å øke sin forskningsmessige kompetanse uten at doktorgrad er målet. Vi har også fått mange positive tilbakemeldinger fra kolleger med doktorgrad i klinisk stilling som forteller om store vanskeligheter med finansiering av enkeltstående forskningsprosjekter. Siden prosjektene oftest ikke er knyttet til utdanning av enda en doktorgradskandidat, får de ikke støtte. Dette fører til at mye relevant forskning ved våre sykehus ikke blir gjennomført, stikk i strid med at forskning er en definert del av sykehusenes oppgaver, slik Midtvedt også påpeker.

Vår erfaring er at det har vært meget krevende å videreutvikle en karriere som basalforskere parallelt med fulle stillinger i klinisk medisin. Det er ikke uten sorg vi erkjenner at mange gode ideer og spennende prosjekter aldri kom videre fra tankestadiet. Det er nettopp med bakgrunn i denne erfaringen at vi føler oss kvalifisert til å stille spørsmål ved om den måten vi organiserer forskning og forskeropplæring på i Norge er tjenlig. For å være ekstra uærbødige – vi tror mange norske laboratoriebaserte doktorgrader meget vel kunne vært utført av dyktige forskningsteknikere, dersom veilederen kunne fått finansiering til slike i stedet for til stipendiater. Det vil sannsynligvis også være en bedre utnyttelse av sparsomme ressurser.

**Dag Bratlid**  
dag.bratlid@ntnu.no  
**Thor Willy Ruud Hansen**

---

Dag Bratlid (f. 1944) er professor i pediatri ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og overlege ved Nyfødttintensivavdelingen ved Barne- og ungdomsklinikken, St. Olavs hospital.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Thor Willy Ruud Hansen (f. 1946) er professor i pediatri ved Universitetet i Oslo og overlege ved Nyfødttavdelingen, Kvinne- og barneklivnikken, Oslo universitetssykehus.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

---