

å oppnevne den siste studenten, og det skjedde mindre enn én måned før det endelige vedtaket om karakterer ble fattet. I mellomtiden hadde halvparten av møtene foregått med mindre enn 20 % studentrepresentasjon. Her er det unødvendig med juridisk ekspertise for å forstå at fakultetet har brutt loven.

Vartdal gjør et nummer av at fakultetsstyret vedtok nytt karakter-system med sju mot to stemmer, mens jeg skriver i min kommentar at studentene tapte med fem mot fire stemmer. Ser man på kilden jeg oppgir (2), er referatene fra både det avgjørende og det påfølgende fakultetsstyremøtet blitt endret siden sist. Det er et faktum at det ble stemt over flere forslag, og at studentene fikk støtte fra flere styremedlemmer i stemmegivningen (3), men dette er i dag fjernet fra referatene. Redigeringene er gjort 29.10.2013, sammenfallende med datoene for innleggene til Vartdal og Frich. De siste dagene har det nemlig foregått en omfattende redigering på Det medisinske fakultets nettsider av dokumentasjon som omhandler revisjonen og karaktersaken. Jeg undres på årsaken til at man plutselig har fått et behov for å korrigere bildet av hva som har foregått på fakultetet?

En siste presisering er også på sin plass når Frich skriver at det er blitt arrangert ni allmøter om revisjonen. Faktum er at det er snakk om seks informasjonsmøter om revisjonsarbeidet, avholdt i samme tidsrom, på ulike institutter. Videre fulgte tre møter i forbindelse med høringsforslaget, også avholdt i samme tidsrom, på ulike sykehus. I praksis to møter totalt. Ordvalget «allmøte» er også interessant: På den siste møterunden var 18 høringsinstanser invitert – én av disse var en studentorganisasjon (4).

Christoffer Smith

christoffer.smith@gmail.com

Christoffer Smith (f. 1984) er student ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo og tidligere nestleder i Norsk medisinstudentforening. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Referater fra styringsgruppa. www.med.uio.no/om/prosjekter/oslo-2014/referater-styringsgruppa/ [1.11.13].
2. Protokoll fra fakultetsstyremøte 17.09.13. Sak 52/13, Oslo 2014: Godkjenning av revidert, overordnet studieplan for profesjonsstudiet i medisin. www.med.uio.no/om/organisasjon/styret/moter/2013/09-17/protokoll-fakstyre-med-2013-09-17.html [1.11.13].
3. Trovik SO. Studentene ble overkjørt. Universitas 18.9.13. <http://universitas.no/nyhet/58654/studentene-ble-overkjort> [1.11.13].
4. Oslo 2014: Høringsvar – Rammeplan. www.med.uio.no/om/prosjekter/oslo-2014/bakgrunnsdokumenter/hoeringssvar-studieplan-oslo-2014.pdf [1.11.13].

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 2.11.2013. <http://tidsskriftet.no/article/3104192/>

Protokoll fra styremøte 17.9.13

Jeg viser til Christoffer Smiths debattinnlegg i Tidsskriftet nr. 22/2013 (1). I nevnte innlegg beskriver Smith en sammenheng mellom administrativ redigering av nettsidene for Det medisinske fakultets styre og svar gitt av dekan Frode Vartdal i dette forumet.

Jeg ser at Smith kobler disse parallelle hendelsene. Den sammenheng som antyder, eksisterer imidlertid ikke. Jeg vil nedenfor redegjøre for arbeidet med protokollen fra styremøtet.

For det første er det vanligvis slik at det legges frem et forslag til vedtak som sendes ut med sakspapirene. I den foreløpige protokollen etter møtet gjengis selve vedtaket fattet i møtet, protokollen behandles og vedtas i det påfølgende møtet.

I den foreløpige protokollen fra møtet 17.9.13 ble det endelige vedtaket delt opp i mange trinn, slik at hele prosessen ble klar: Fakultetsstyret godkjente imidlertid i sitt møte 26.9.13 ikke denne måten å formulere vedtaket på. Da vedtaket ble omformulert, ble de ulike skrittene frem til endelig vedtak fjernet, og kun det endelige vedtaket gjensto.

Det er ulike hensyn som skal ivaretas når man fører protokoll. Det er naturligvis viktig at man i ettertid kan se hva som faktisk ble

vedtatt i styremøtet. Et annet hensyn er at protokollen viser hvordan stemmegivningen foregikk i styret. Dette siste hensynet var vektlagt i administrasjonens opprinnelige forslag til protokoll, men i møtet ønsket styret at vedtaket skulle forenkles og derfor tydeligere gi uttrykk for det som ble endelig vedtatt. Vanligvis pleier vi å kombinere disse to hensynene ved i en innledning å kommentere hvilke forslag som ble tatt opp til avstemning, med resultat av hver avstemning, og med gjengivelsen av det endelige vedtaket slik det etter eventuelle ulike avstemninger er blitt.

For å kombinere de ulike hensyn er nå både vedtaksforslagene med stemmegivning og det endelige fullstendige vedtaket gjengitt på våre nettsider (2).

Bjørn Hol

bjorn.hol@medisin.uio.no

Bjørn Hol (f. 1947) er fakultetsdirektør ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Smith C. Skittent spill rundt innføring av karakterer. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2340–1.
2. www.med.uio.no/om/organisasjon/styret/moter/2013/09-17/protokoll-fakstyre-med-2013-09-17.html

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 6.11.2013. <http://tidsskriftet.no/article/3104192/>

9 = 2?

I et tilsvarende til Christoffer Smiths kommentarartikkel om prosessen med å revidere medisinstudiet i Oslo skrev jeg: «I løpet av 2013 arrangerte prosjektgruppen ni allmøter om revisjonen» (1). Smith hevder i et tilsvarende til at det i praksis var snakk om kun to møter: «Faktum er at det er snakk om seks informasjonsmøter om revisjonsarbeidet, avholdt i samme tidsrom, på ulike institutter. Videre fulgte tre møter i forbindelse med høringsforslaget, også avholdt i samme tidsrom, på ulike sykehus. I praksis to møter totalt.» (1).

De ni møtene det er snakk om, ble ledet av meg og ble holdt på ulike datoer våren 2013, som følger: 8. januar, 14. januar, 17. januar, 22. januar, 29. januar, 13. februar, 3. juni, 4. juni, 5. juni. Møtene varte om lag en og en halv time, de inneholdt alle en orientering om arbeidet med revisjonen av studiet, og det var satt av rikelig med tid til spørsmål, innspill og diskusjon. Studenter deltok på flere av disse møtene, og ett av møtene var et eget allmøte for studentene. Tok vi med oss noe fra disse møtene?

Det kan være nyttig å vite at det tidlig i prosessen ble diskutert om man skulle innføre bokstavkarakterer på alle eksamener fra en gitt dato, også for studenter som var tatt opp i den nåværende studieplanen. Prosjektgruppen var kjent med spørreundersøkelsen fra høsten 2012, som viste at et flertall av studentene var mot innføring av bokstavkarakterer. Flertallet i prosjektgruppen valgte, på bakgrunn av innspillene som kom, å foreslå en løsning som sikret at ingen studenter som hadde søkt seg til et studium med bestått/ikke bestått skulle bli påtvunget bokstavkarakterer. Flertallet i prosjektgruppen tok også inn over seg at det ikke alltid ville være riktig å bruke bokstavkarakterer, og ga tilrådning om et blandet karakter-system hvor det fortsatt skulle være mulig å bruke bestått/ikke bestått (2).

Jeg er nok ikke enig i at ni kan reduseres til to. Sannheten er at det i løpet av våren 2013 ble arrangert en rekke allmøter, informasjonsmøter, prosjektgruppemøter og et dagsseminar, og at studenter kom med innspill som ble lyttet til og som fikk betydning for prosjektgruppens vurderinger og forslag.

Jan Frich

jan.frich@medisin.uio.no

Jan Frich (f. 1970) var prosjektleder for revisjonen av medisinstudiet ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, fra januar og frem til august 2013, og er i studieåret 2013/14 Harkness fellow og gjesteprofessor ved Yale University.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Smith C. Skittent spill rundt innføring av karakterer. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2340–1.
2. Oslo 2014: Studieplan for profesjonsstudiet i medisin. www.med.uio.no/om/prosjekter/oslo-2014/revisjonsdokumenter/revdert-studieplan-profesjonsstudiet-medisin-oslo-2014.pdf [27.1.2014].

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på 23.11.2013.

<http://tidsskriftet.no/article/3104192/>

Blodprøvetaking fra navlesnor

I en artikkel i Tidsskriftet nr. 22/2013 påpekes det at fødeavdelinger oppgir som grunn til tidlig avnavling at de vil ha muligheten til å ta tidlig blodgassanalyse. Artikkelforfatterne viser til at man kan gjøre blodgassanalyse før avklemming (1, fig 1).

Denne prosedyren har en rekke potensielle og uheldige komplikasjoner som ikke nevnes i artikkelen:

- Risiko for direkte inokulasjon av barnets blodbane med bakterie som dekker navlesnoren
- Risiko for luftembolus – som har få konsekvenser med mindre den strømmer gjennom foramen ovale og mot barnets cerebrale cortex (2, 3)
- Risiko for at det dannes ustabile tromber på den intralumenale siden av navleaven som potensielt kan emboliseres ved for eksempel kraftig forandringer i den venøse strømmen i forbindelse med pustebelagelser (4)

Det skal mye til for at slike komplikasjoner oppstår i en prospektiv randomisert studie. Imidlertid er ett tilfelle av unødvendig og potensiell permanent skade hos en frisk nyfødt ikke verd teknikken som er nevnt i artikkelen. At «enkelte norske sykehus allerede har anbefalt» den (4) som metode for rutinemessig sikring av umbilikal syre-base-status, betyr ikke at den aldri kan føre til skade.

De tilfeller helsepersonell trenger å sikre syre-base-status er der barnet enten har manglende pulsasjon i navlen fordi det har opplevd sirkulatorisk kollaps under fødselen, eller det gjelder barn hvor den kliniske tilstanden tilsier at å vente i tre minutter vil forsinke nødvendige gjenopplivingstiltak. Enten melker man navlesnoren i disse tilfellene, eller så klemmer man av navlesnoren tidlig etter forløsningen.

Nyfødte som er egnet for teknikken som er beskrevet i artikkelen har i de fleste tilfeller en apgarskår etter ett minutt som tilsier at en acidose av behandlingsmessig betydning er lite sannsynlig. Friske barn er mest utsatt for potensielle skadevirkninger ved anvendelse av teknikken som er beskrevet.

Blodgass fra navlesnoren har derimot ingen behandlingsmessige konsekvenser, men tas med tanke på «kvalitetssikring» av fødsels-hjelpen (noe som er viktig) og av rettslige hensyn. Disse hensyn må vurderes opp mot det å tillate at barnet forsyner seg med alt det gjenværende blodet i navlesnoren – noe man vet er helsefremmende. Metoden som er beskrevet i artikkelen, er et bra kompromiss. Imidlertid er ikke sikkerheten ved metoden kritisk vurdert. Heller ikke jeg som leser er overbevist.

Patji Alnæs-Katjavivi

alkp@ous-hf.no

Patji Alnæs-Katjavivi (f. 1973) er fødselslege ved Kvinne- og barnklinikken ved Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Lundberg C, Øian P, Klingenberg C. Avnavling ved fødsel – praksis ved norske fødeinstitusjoner. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2369–72.
2. Kitterman JA. Fatal air embolism through an umbilical venous catheter. Eur J Pediatr 1979; 131: 71–3.
3. Poonai N, Kornecki A, Buffo I et al. Neonatal myocardial infarction secondary to umbilical venous catheterization: A case report and review of the literature. Paediatr Child Health 2009; 14: 539–41.
4. Wintermark P, Boyd T, Parast MM et al. Fetal placental thrombosis and neonatal implications. Am J Perinatol 2010; 27: 251–6.

Dette er en redigert versjon av debatten publisert på nett 5.12. 2013.

<http://tidsskriftet.no/article/3106404/>

C. Klingenberg og medarbeidere svarer:

Metoden for blodprøvetaking fra intakt navlesnor er beskrevet i det svenske *Vårdprogram för avnavling av nyfödda barn*, publisert i 2008 (1). Siden den gang har metoden vært i bruk i Sverige, inkludert i en stor randomisert studie om dette temaet (2). Man har fra vårt naboland over fem års erfaring med denne metoden, og ingen av de komplikasjoner som dr. Alnæs-Katjavivi nevner, har vært registrert eller har ført til endring i praksis (personlig meddelelse Magnus Domellöf, Umeå). Samme metode anbefales også brukt av Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (3).

Den andre og tredje referansen til dr. Alnæs-Katjavivi omhandler komplikasjoner ved bruk av navlevenekateter. Det er naturligvis en helt annen risiko for komplikasjoner når man setter inn et kateter og infunderer væske enn når man bruker en blodgassprøye til å ta ut blod. Den fjerde referansen omhandler føtal placentar vaskulopati hos to premature barn der navlesnoren var normal. Det er vanskelig å se at disse tre referansene er gode argumenter mot blodprøvetaking fra intakt navlesnor. Melking av navlesnoren, som Alnæs-Katjavivi også nevner, burde teoretisk også medføre risiko for embolisering av «ustabile tromber», men dette er ikke erkjent som en komplikasjon ved denne metoden (4, 5).

Blodgass fra navlesnoren tas først og fremst for kvalitetssikring av fødselshjelpen. Det diskuteres om slike prøver skal tas ved alle fødsler eller selektivt. Denne diskusjon er utenfor rammen for vår artikkel. I vår artikkel argumenterer vi ikke for at man i større grad skal ta blodgass fra navlesnor. Derimot fremhever vi at det er sterke holdepunkter for at sen avnavling er gunstig for både premature og fullbårne barn. Vi skriver også at ved asfyksi må rask avnavling prioriteres. Det er fysiologiske holdepunkter for at føtal asfyksi medfører intrauterin overføring av blod fra placentar til føtal sirkulasjon, noe som dermed skulle gi mindre behov for sen avnavling (5). I andre tilfeller der man ønsker å kombinere tidlig blodgass med sen avnavling, mener vi at metoden som er beskrevet i vår artikkel, og som har vært i bruk i over fem år i Sverige, er trygg.

Claus Klingenberg

claus.klingenberg@unn.no

Camilla Lundberg

Pål Øian

Claus Klingenberg (f. 1967) er professor og overlege ved Seksjon Nyfødt-intensiv, Universitetssykehuset Nord-Norge.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Camilla Lundberg (f. 1979) er lege.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Pål Øian (f. 1948) er avdelingsoverlege ved Kvinneklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Wiklund I, Nordström L, Norman M. Vårdprogram för avnavling av nyfödda barn. Läkartidningen 2008; 105: 3208–10.
2. Andersson O, Hellström-Westas L, Andersson D et al. Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. BMJ 2011; 343: d7157.