og hans heroiske inngrep, men han er altså 600 år etter kollega Hrafn Sveinbjarnarson på Island.

Ragnar Stien
ragnarstien@hotmail.com

Ragnar Stien (f. 1938) er pensjonert nevrolog.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hem E, Stubhaug A. Jacob Aalls sykdom og død. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2508–12.
2. Tjomsland A. The saga of Hrafn Sveinbjarnarson. Islandica XXXV. New York, NY: Cornell University Press, 1951.
3. Stien R. Neurology in the nordic sagas. I: Rose, FC, red. Neurology of the arts: painting, music, literature. London: Imperial College Press, 2004: 389–99.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 10.12.2013.
http://tidsskriftet.no/article/3113004/

En pioners ettermæle

Vi viser til den på mange måter interessante artikkelen i julenummeret 2013 av Einar Sudmann og medarbeidere (1). Denne artikkelen er plassert under Medisinsk historie, og i sammendraget nevnes at Tor Christiansen har sin plass i utviklingen av de moderne artroplastikkene: «Tor Christiansen ville betre resultata av operativ handsaming av dei dislokerte mediale collumfrakturar hjå eldre og konstruerte i 1960-åra ein hemiprotese.» Videre står det: «Seinare laga han òg ein totalprotese til hofteleddet.» I neste setning kommer en kort konklusjon: «Det viste seg etter kvart at protesane ikkje var så vellukka».

Vi er vel kjent med de uheldige valg av noen komponenter og de følger det fikk for Christiansens totalprotese (collum-tapp-vinkel – 115° mot i dag 135° – og Delrin). Det beskrives også godt i artikkelen.

Det som forundrer oss, er den manglende anerkjennelse av at Tor Christiansen var blant de aller første i verden som konstruerte den bipolare hemiprotese! Og at han, sammen med Knut Rasmus Ramstad, intuitivt skjønte at det var beste behandling for de dislokerte, mediale collumfrakturene. Nå er dette akseptert i ortopediske miljøer verden over.

Det står respekt av Sudmanns, Norvald Langelands og Lars Birger Engesæters innsats for å opprette Nasjonalt hofteregister, etter mønster av det svenske, som hadde eksistert i ti år. Vi mener imidlertid at Tor Christiansens arbeid med hemiprotesen var så betydningsfullt at det burde fremgått klarere i artikkelen at han virkelig var en pioner på det området.

Vi er forundret over at det ikke går an å gi Christiansen den anerkjennelsen han fortjener. Ettermælet hans er nå konsentrert i en logo for det som er blitt et nasjonalt leddregister: en mislykket totalprotese.

Hans Chr. Blom
hchrbl@online.no
Erik Haakon Korvald

Hans Chr. Blom (f. 1940) er pensjonert ortoped.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Erik Haakon Korvald (f. 1935) er pensjonert kirurg.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Sudmann E, Ramstad KR, Engesæter LB. Christiansens kunstige hofteledd – kva var det som gjekk gale? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2513–7.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 8.1.2014 .
http://tidsskriftet.no/article/3113199/

E. Sudmann og medarbeidarar svarer:

Vi takkar Korvald & Blom for kommentarane deira. Vi er einige i at Tor Christiansen gjorde eit pionerarbeid ved å konstruere ein ny protese.

Christiansen fann ikkje berre på nye tekniske løysingar, men han nølte ikkje med å ta dei i bruk i klinisk praksis. Tanken vår med artikkelen var å sikre kunnskap om denne utviklinga for ettertida, og ikkje minst å drøfte dei vanskelege vala konstruktøren måtte gjere. Hans kongstanke var å lage ein hemiprotese der metallhoftekula ved vanleg gange rørte seg lite mot leddbrusken i hoftskåla, men vesentleg i tappleddet – eit ledd mellom den kunstige hoftekula og ein sylindrisk tapp på proteseskaftet. Etter vårt syn valde han den ideelle tapp-skaft-vinkelen på 115°. Men Korvald & Blom ser ut til å meine at dette valet var uheldig, «collum-tapp-vinkel – 115° mot i dag 135°». Rett nok ville ein tapp-skaft-vinkel på 135° ha gjeve kula større stabilitet på tappen; di større vinkel, di større stabilitet. Men di større vinkel, di meir ville kula gnu mot brusken i hofteskåla ved vanleg gange. Då ville heile vitsen med tapplageret verte borte.

Engelskmannen John Charnley vart adla for sitt pionerarbeid med å konstruere ein protese som viste seg å gje svært gode langtidresultat. Føremålet vårt med ein historisk artikkel i Tidsskriftet var å heidre Christiansen for det imponerande pionerarbeidet hans, men vi må retrospektivt ha lov til å påpeike val han gjorde som kan vere med på å forklare kvifor protesen måtte reviderast oftare enn protesane vi har i dag.

Einar Sudmann
einar@sudmann.no
Knut Rasmus Ramstad
Lars Birger Engesæter

Einar Sudmann (f. 1932) er pensjonert ortoped.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Knut Rasmus Ramstad (f. 1930) er pensjonert ortoped.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Lars Birger Engesæter (f.1948) er ortoped og professor ved Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 10.1. 2014.
http://tidsskriftet.no/article/3113199/

Pensjonert kirurg, professor emeritus dr. med.

Jeg har med stor interesse lest Erlend Hems innlegg *Emeritus, emerita – eller rett og slett pensjonert?* (1). Det er kanskje riktig at «emeritustittelen er ubeskyttet i Norge», men «professor emeritus» er det ikke.

I forbindelse med arbeidet med jubileumsboken for Norsk kirurgisk forening (www.surgery-in-norway.no) forela jeg spørsmålet for Universitetet i Oslo, og fikk da følgende svar på e-post 2.5.2012:

«Professortittelen er vernet iht. universitets- og høgskolelovens § 6-7, og den som har hatt stilling med slik vernet tittel i minst ti år, eller som etter kortere tjenestetid blir pensjonert fra slik stilling, har etter lovbestemmelsen rett til å bruke tittelen. Det gjøres ikke forskjell på professor I og II.»

Jeg synes man bør presentere seg, og omtale andre, med den tittel som er mest relevant i den aktuelle sammenhengen. Selv bruker jeg nesten aldri annet enn «pensjonist», «pensjonert lege» eller «pensjonert kirurg».

Selv om tittelen «professor emeritus dr. med.» er relevant i den sammenheng jeg nå skriver, vil den trolig være uforståelig for

>>>

mange i de fleste sammenhenger og misvisende for dem som forstår den: Jeg var professor II i propedeutisk medisin ved Kirurgisk avdeling, Odontologisk institutt, Universitetet i Oslo i 3 1/2 år frem til pensjonering, men føler ingen identitet knyttet til denne tittelen, eller «sjeflege» eller «fagdirektør» som var titlene i hovedstillingen i den aktuelle perioden.

«Tidligere kirurg» synes jeg lyder bedre enn «pensjonert kirurg», men de to begrepene har for meg forskjellig betydning. Det er vel riktig å bruke den tittelen man har og eventuelt legge til «tidligere kirurg» før man blir pensjonist, men «pensjonert kirurg» etter det.

Jon Haffner
jon.haffner@gmail.com

Jon Haffner (f. 1940) er pensjonert kirurg, professor emeritus dr. med.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur
1. Hem E. Emeritus, emerita – eller rett og slett pensjonert? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2520–1.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 23.12.2013.
http://tidsskriftet.no/article/3113483/

Menns helse

Som president i en faglig forening som Den norske legeforening påligger det et stort ansvar ved faglige innlegg av den typen som finnes i nr. 23/24–2013 under overskriften *Menns helse* (1). Det fremgår i overskriften at flere og flere menn ønsker å kjenne sin PSA-verdi.

Screening for prostatakreft med PSA alene er meget omdiskutert. Den store europeiske screeningstudien *ERSPC* (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer), med 163 000 implementerte menn i alderen 50 til 69 år, viste riktignok 20 % reduksjon i dødelighet etter ni år i gruppen som ble screenet (2).

Studien viser også at PSA-screening hos potensielt friske menn for prostatakreft vil føre til overdiagnostikk og overbehandling av svulster som ikke gir symptomer i mannens levetid. Den absolutte helsegevinsten viste at 1 400 menn må screenes og 48 menn må behandles for å hindre ett dødsfall. Denne negative effekten av screening gjør at en eventuell redusert mortalitet i en screeningstudie ikke automatisk kan lede til at allmenn populasjonsbasert screening skal innføres.

Befolkningen ønsker nok screening av ymse slag – omtrent som kontroll av biler. Effekten hos mennesker er tvilsom, og PSA-screening av typen «jeg ønsker å kjenne min PSA-verdi» må i alle fall ledsages av grundig og omfattende informasjon, og dermed store ressurser til menn som ikke er syke.

Emil Mohr
emohr@online.no

Emil Mohr (f. 1940) er pensjonist og sakkyndig i Norsk pasientskadeerstatning (NPE).
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur
1. Gjessing H. Menns helse. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2573.
2. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. N Engl J Med 2009; 360: 1320–8.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 13.1.2014.
http://tidsskriftet.no/article/3115113/

Hva er galt med karakterer?

Ved innføringen av ny studieplan i 1996 (Oslo96-reformen) ble karakterene fjernet fra profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Oslo. I stedet for ble det innført bestått/ikke bestått i evalueringen av studentene. Dette er snart en saga blott idet fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet 17.9. 2013 vedtok at graderte karakterer skal gjeninnføres. Det har ført til en del kritiske kommentarer.

Selve prosessen rundt dette vedtaket resulterte i et meget kritisk innlegg i Tidsskriftet, hvor det blant annet ble anført at vedtaket «er et resultat av en gjennomgående uryddig prosess preget av skittent spill fra dekanatet og ledelsen av revisjonsarbeidet» (1). Dette var sterke ord. Andre har også vært kritiske til innføring av karakterer og har blant annet argumentert med følgende: «Graderte karakterer kan ha betydelige negative virkninger på læringsmiljø, studieatferd og livslang læring.» (2) I tillegg hevdes det: «Det gjør stor forskjell for læringsutbyttet om arbeidet styres av taktiske eksamenshensyn eller av hva studentene selv oppfatter som virkelig interessant.» (2) Og videre med hensyn til ulempene «så kan en ev. gjennomføring av karakterer føre til mindre samarbeid mellom fremtidige leger. Dette er noe ikke samfunnet er tjent med» (3). Dette utsagnet stammer fra en medisinstudent ved Universitetet i Oslo. Han avslutter sitt innlegg med følgende: «I tillegg viser det seg et at stort flertall av studentene ikke ønsker det. Derfor vil det være lite lurt av Det medisinske fakultet å ikke lytte til studentene i karakterspørsmålet.» (3) Også flere andre argumenter er blitt lansert for å diskreditere innføringen av karakterer: «Når det gjelder medisinerutdanningen, viste nylig en metaanalyse at innføring av bestått/ikke bestått ikke ga lavere akademiske presentasjoner, men økte studentenes trivsel (10).» (2)

Er dette korrekt? For noen år siden ble det innført en ordning ved Det medisinske fakultet i Oslo hvor den enkelte student i tillegg til bestått/ikke bestått fikk en personlig tilbakemelding i form av en poengsum ved eksamen. Denne poengsummen kom ikke med på vitnesbyrdet. For å bestå måtte man ha minst 65 poeng, og høyest mulig poengsum var 100.

Undertegnede var sensor ved eksamen i 5. semester i flere år, og det er mitt bestemte inntrykk at prestasjonene til eksamen ble bedre ved innføringen av den individuelle poengsummen. Nylig ble det publisert en artikkel i Tidsskriftet hvor hovedbudskapet var følgende: «5,5–7 år etter utdanning finner vi ingen forskjell i tid brukt på oppdatering mellom Oslo96 og leger som er utdannet ved Universitetet i Oslo før reformen eller ved Universitetet i Bergen.» (4) Dette indikerer at den faglige standarden er lik mellom de forskjellige gruppene og at innføring av karakterer ikke vil by på alle de problemene/ulempene som enkelte argumenterer med. At studentene ikke vil ha karakterer er vel i denne sammenheng irrelevant. Ved de andre fakultetene ved Universitetet i Oslo får studentene karakterer.

For undertegnede, som har hatt variert legetjeneste i 54 år, er de anførte problemene/ulempene ved bruk av graderte karakterer helt ukjente!

Knud Landmark
k.h.landmark@medisin.uio.no

Knud Landmark (f. 1931) er professor emeritus ved Institutt for klinisk medisin/Farmakologisk institutt, 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. Brodal P. Bør graderte karakterer gjeninnføres på medisinstudiet? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2127–8.
3. Sugandiran N. Karakterer bør ikke gjeninnføres. Journalen, Oslo Legeforening 2013; 3: 15.
4. Aasland OG, Wiers-Jenssen J. Oslo96-reformen og faglig oppdateringspraksis. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2478–80.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 13.1.2014.
http://tidsskriftet.no/article/3104192/

>>>