

## Kjønn og koronar hjertesykdom

Kaare Harald Bønaa fremsatte i Tidsskriftet nr. 18/2002 en hypotese om at menn har større risiko enn kvinner for koronar død og hjerteinfarkt fordi de oftere utvikler lipidholdige, ustabile og trombogene plakk (1). Ut fra artikkelen kan man få det inntrykk at Bønaa mener at hovedårsaken til dette er at menn har lavere HDL-nivå enn kvinner, noe som igjen er relatert til testosteron.

Jeg er enig i at det er grunn til å tro at kvinner er bedre beskyttet enn menn mot hjertesykdom på grunn av sitt noe høyere HDL-nivå, men det må være noe mer.

Studier i vestlige land har vist at kvinner der har 0,25–0,3 mmol/l høyere HDL-kolesterolnivå enn menn (2, 3). I en prospektiv observasjonsstudie av 14 786 middelaldrende finske menn og kvinner var forekomsten av koronar hjertesykdom tre ganger høyere og den koronare mortaliteten fem ganger høyere hos menn enn hos kvinner. HDL-/total-kolesterolnivå og røykevaner forklarte omtrent 45 % av kjønnsforskjellene (3). I denne studien var en øking på 0,1 mmol/l av HDL-kolesterol assosiert med 9 % reduksjon i relativ risiko. Det sentrale spørsmål er: Hva skyldes de resterende 55 % som ikke kan forklares med de kjente risikofaktorene?

Bønaa skriver at menns lavere HDL-nivå (og dermed økte risiko for hjerteinfarkt) er relatert til hormonet testosteron. Pasientkontroll-studier har derimot vist en sterk statistisk sammenheng mellom lavt testosteronnivå hos menn og økt risiko for koronar hjertesykdom og hjerneslag (4, 5). Det er mulig at lavt testosteronnivå bare er en markør i denne sammenhengen, men intervensjonsstudier har vist at tilskudd som øker testosteronnivået, kan ha en fordelaktig effekt på menns anginpåklager (6). Vi trenger mer kunnskap om kjønns-hormoners rolle i karveggenes patofysiologi.

Det at menn har 40–50 % høyere risiko enn kvinner for å utvikle lipidholdige plakk i a. carotis, skal ifølge morfologihypotesen øke deres risiko for både hjerteinfarkt og hjerneslag.

Når det gjelder prevalensen av hjerneslag i alderen < 65 år, så varierer forholdet menn : kvinner i ulike land fra 1,2 : 1 til 2,4 : 1, og i aldersgruppen > 65 år går den gradvis mot 1 : 1. Hos de over 80 år er prevalensen klart høyest hos kvinner, noe som i stor grad reflekterer at det er flest kvinner som når denne alderen (7).

Den kjønnsrelaterte risikoforskjellen for hjerteinfarkt i de samme aldersgruppene er

mye større – i menns disfavør. Hva er årsaken til dette? Dette spørsmålet må ansees å være sentralt i det videre arbeidet med hypotesen.

Førde

John Roger Andersen

### Litteratur

1. Bønaa KH. En alternativ hypotese som forklarer kjønnsforskjellene i risiko for koronar hjertesykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1783–7.
2. British Heart Foundation Health Promotion Research Group. 2002 CHD statistics: blood cholesterol. [www.dhpc.ox.ac.uk/bhfhprg/stats/2000/2002/bloodcholesterol.html](http://www.dhpc.ox.ac.uk/bhfhprg/stats/2000/2002/bloodcholesterol.html) (4.9.2002).
3. Jousilahti P, Vartiainen E, Tuomilehto J, Puska P. Sex, age, cardiovascular risk factors, and coronary heart disease: a prospective follow-up study of 14 786 middle-aged men and women in Finland. *Circulation* 1999; 99: 1165–72.
4. Sewdarsen M, Vythilingum S, Jialal I, Desai RK, Becker P. Abnormalities in sex hormones are a risk factor for premature manifestation of coronary artery disease in South African Indian men. *Atherosclerosis* 1990; 83: 111–7.
5. Jeppesen LL, Jorgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Olsen TS, Winther K. Decreased serum testosterone in men with acute ischemic stroke. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1996; 16: 749–54.
6. Rosano GM, Leonardo F, Pagnotta P, Pelliccia F, Panina G, Cerquetani E et al. Acute anti-ischemic effect of testosterone in men with coronary artery disease. *Circulation* 1999; 99: 1666–70.
7. Wyller TB. Stroke and gender. *J Gend Specif Med* 1999; 2: 41–5.

## Rekonstruksjon av jomfruhinner

Rådet for legeetikk har i sitt siste møte drøftet de reaksjonene som har kommet etter vår uttalelse om rekonstruksjon av jomfruhinner (1–3). Rådet hadde prinsipielle motforestillinger mot at kulturelle problemer skal løses ved hjelp av et medisinsk inngrep (1). Mange har vært uenig i dette. Dagbladet har på lederplass gått inn for at denne virksomheten bør finansieres innenfor den offentlige helsetjenesten (4). I den offentlige debatten har det også vært hevdet at denne typen inngrep burde være et forebyggende tilbud til kvinner som giftes inn i kulturer der intakte jomfruhinner tillegges avgjørende vekt.

Det er grunn til å minne om at vår drøfting av problemet var en følge av at Volvat medisinske senter bad om vårt synspunkt. Det er vår oppgave å drøfte de prinsipielle etiske sidene ved medisinsk virksomhet. Rådet har tidligere uttalt seg prinsipielt mot et annet kulturelt/religiøst begrunnet inngrep, omskjæring av guttebarn, som et tilbud innenfor den offentlig helsetjenesten (5).

I vår første uttalelse om jomfruhinneplastikk tilkjenner vi at vi ser at forekteskape- lig seksuell debut i noen tilfeller kan medføre livsfare for en kvinne: «Rådet har ingen vanskeligheter med å akseptere at et slikt inngrep i enkelte sjeldne tilfeller utføres der det er overveiende sannsynlig at kvinnen er alvorlig truet...» (1). I slike tilfeller er det selvsagt at legens muligheter for å redde liv og helse må være etisk ledende. Rådet vil fastholde at det på sikt må være et mål at kvinner som tar preg av norsk kultur og levestett aksepteres og respekteres i kraft av eget selvstendig verd. Med vår prinsipielle uttalelse ønsker vi å bidra til at kvinnene vil oppnå den respekt og selvstendighet som oppfattes som en selvfølge i vårt samfunn. At dette er en langsom og omfattende prosess er selvsagt. Videre vil vi fastholde at jomfruhinneplastikk er å sammenlikne med annen form for kosmetisk kirurgi.

Oslo

Reidun Førde  
Rådet for legeetikk

### Litteratur

1. Førde R. Operativ rekonstruksjon av jomfruhinner. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1709.
2. Dalaker K, Loenneken K. Operativ rekonstruksjon av jomfruhinner. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1820.
3. Renaa B-H. Kulturell kirurgi. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2041.
4. Jomfru i nød. Dagbladet 17.7.2002.
5. Gulbrandsen P. Rituell omskjæring av guttebarn. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2994.

## Smitteverntiltak i sykehus

Preben Aavitsland påpeker i Tidsskriftet nr. 20/2002 (1) helt riktig at kunnskapsgrunnlaget for mange smitteverntiltak er mangelfullt. Han viser til eksempler på at svært kostbare tiltak er gjennomført uten at man har kontrollerte undersøkelser som dokumenterer effekten.

Artikkelen kan gi inntrykk av at smittevern i sykehus ikke har vært gjenstand for kritisk evaluering i fagmiljøene. Dette er ikke riktig. Få forebyggende tiltak er så godt dokumentert med hensyn til effekt og kostnad-nytte. SENIC-undersøkelsen (2) fra USA baserte seg på data fra 338 000 pasienter ved 338 representative sykehus valgt ut blant mer enn 5 000 sykehus og ble gjennomført etter strenge vitenskapelige kriterier og kontrollert for en rekke definerte variabler. Hovedkonklusjonene var at sykehus som hadde innført et infeksjonskontrollprogram med definert innhold og som hadde kompetent hygienepersonell, hadde gjen-

nomsnittlig 32 % reduksjon av infeksjonene. Kostnad-nytte-effekten var betydelig. Til sammenlikning økte infeksjonene med 18 % ved sykehus uten slike tiltak.

Cochrane-databasen inkluderer i liten grad evaluering av smitteverntiltak i sykehus. Fra begynnelsen av 1980-årene har det i flere land vært arbeidet mye med kunnskapsgrunnlaget for sykehushygiene. Viktigst er kanskje at Centers for Disease Control and Prevention utviklet en prosedyre for evaluering av grunnlaget for forebygging av infeksjoner i sykehus. Metoden er benyttet ved oppdatering av veiledere for en rekke smitteverntiltak (3). Et tilsvarende systematisk tilnærming er benyttet av helsedepartementet i Storbritannia i EPIC-prosjektet (4).

Det finnes altså vitenskapelig belegg for en rekke smitteverntiltak i sykehus. Slike tiltak bør beholdes inntil det eventuelt foreligger nye, gode studier som viser at de ikke har forventet effekt. Det finnes også vitenskapelig grunnlag for at noen tiltak ikke har effekt og at de bør avskaffes. Vi som driver med smittevern i sykehus, arbeider bevisst med å bli kvitt forholdsregler uten effekt og få sykehuse til heller å sette ressursene inn der det er mest å hente. Vi er også klar over hvor det mangler dokumentasjon og hvor det er nødvendig med mer forskning.

Bergen/Oslo

*Stig Harthug*  
Avdeling for sykehushygiene  
Haukeland Sykehus  
5021 Bergen

*Egil Lingaas*  
Avdeling for sykehushygiene  
Rikshospitalet  
0027 Oslo

#### Litteratur

1. Aavitsland P. Verner smittevernet mot smitte? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1973.
2. Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG, Munn VP et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. Am J Epidemiol 1985; 121: 182–205.
3. Garner JS. The CDC Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Am J Infect Control 1993; 21: 160–2.
4. Pratt RJ, Pellowe C, Loveday HP, Robinson N, Smith GW, Barrett S et al. The epic project: developing national evidence-based guidelines for preventing healthcare associated infections. Phase I: guidelines for preventing hospital-acquired infections. Department of Health (England). J Hosp Infect 2001; 47 (suppl): S3–82.

## Feilaktige tall om schizofreni og uførepensjon

Jan Olav Johannessen har i Tidsskriftet nr. 20/2002 en meget informativ og interessant artikkel om schizofreniens epidemiologi (1). Det er ikke tvil om at sykdommen har store konsekvenser for folkehelsen.

Dessverre oppgir forfatteren feil tall om omfanget av schizofreni som årsak til uføre-

pensjon. På tre steder, blant annet i artikkelens annen setning, hevdes det at 10 % av alle uføretrygdede i Norge har diagnosen schizofreni. Dette refereres også i Tidsskriftets omtale av artikkelen på aller første side. Som referanse angis en publikasjon av McGlashan & Johannessen fra 1996 (2).

10 % høres urimelig høyt ut og viser seg å være feil. Ved utgangen av år 2000 hadde 279 573 personer uførepensjon i Norge. Av disse hadde 6 769 diagnosen schizofreni, dvs. 2,4 %. Da inkluderes alle tilfeller med ICD-10-kodene F20 (schizofreni), F21 (schizotyp lidelse), F25 (schizoaffektive lidelser) samt ICD-9-koden 295 (schizofrene psykoser).

Disse tallene er da også mer i samsvar med de tall for insidensen av schizofreni, mellom 7 og 15 for 100 000 innbyggere, som forfatteren legger frem, og som han selv kommenterer er svært lave i forhold til den påståtte prevalensen av uførepensjon.

Oslo

*Søren Brage*  
Utredningsavdelingen  
Rikstrygdeverket

#### Litteratur

1. Johannessen JO. Schizofreni – omfang og betydning. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2011–4.
2. McGlashan TH, Johannessen JO. Early detection and intervention with schizophrenia: rationale. Schizoph Bull 1996; 22: 201–22.

## Sammen for pasientens beste

I Tidsskriftet nr. 19/2002 hadde Hans Chr. Hansson Kristiansen en rapportasje om mulig gjeninnføring av karakterer ved det medisinske studiet ved Universitetet i Oslo (1). Problemstillingen kan bli aktuell også i Tromsø.

Jeg lar meg ikke imponere over argumentene til dekan Stein Evensen og studiedekan Borghild Roald. Fordelene det argumenteres med er at det med karakterer blir lettere å skille studentene ved søknad om studentutveksling og om stipendiatstillinger, og kliniske stillinger. I lys av den selsomme kvalitetsreformen bør ulike muligheter for evaluering belyses. Det er viktig at flere instanser blir hørt, men viktigst at studentene sammen med sine respektive fakulteter finner frem til den beste løsningen.

Oftest sammenliknes medisinstudenter

med jusstudenter, men mens advokatene krangler med hverandre, har legene plikt til å samarbeide for et felles beste – nemlig pasientens. Er pasientene tjent med karakterer i medisinstudiet? Noen studenter mener at vi allerede uten karakterer gjerne velger å holde relevant informasjon for oss selv dersom vi skulle finne noe ekstraordinært. Mange av dem som kommer inn på studiet, er sterke individualister. Skal vi videredyrke denne individualismen? Hvordan vil dette bli med karakterer?

Studentene som er uteksaminert ved Universitetet i Tromsø har vært på topp blant dem som har tro på egen mestring etter studiet. Hvordan kan de det når de ikke har fått karakterer? Da jeg leste til eksamen i vår, slo det meg at vi alle var tjent med at alle stod; derfor hadde vi faktisk ingenting å tape på å hjelpe hverandre. Jeg tror at det nåværende systemet uten karakterer stimulerer til samarbeid.

Man bruker ansettelsesproblematikken som et argument for å gjeninnføre karakterer. Kan det være at arbeidsgiver ansetter den beste legen nettopp fordi vedkommende ikke har karakterer? Rektor Jarle Aarbakke ved Universitetet i Tromsø fikk en gang spørsmål om ikke opptaket til medisinstudiet kanskje burde baseres på andre ting enn karakterer, da gode karakterer ikke garanterer for interesse eller engasjement. En ansettelse bør vel også baseres på annet enn karakterer?

Den «store» kvalitetsreformen sier at vi skal ha tettere evaluering. Kan en obligatorisk kursprøve være en garanti for oppfølging og kvalitet – uten at vi nødvendigvis trenger karakterer? Kan såkalt mappeevaluering være et alternativ?

Det er pasienten vi skal hjelpe, ikke våre egne egoer. La oss sammen garantere for faglig dyktighet til beste for pasientene. De beste legene er ikke nødvendigvis dem med de beste karakterene. De beste foreleserne leverte ikke nødvendigvis de beste doktorgradene. La individet være parameteren vi blir dømt etter, ikke noen bokstaver som kanskje ikke var fortjent.

Tromsø

*Nina Helberg*  
stud.med.

#### Litteratur

1. Christiansen HCH. Kommer karakterene tilbake i medisinstudiet? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1930.