

esterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2002; 360: 7–22.

Nosokomiale infeksjoner i sykehjem i Oslo

Vi ønsker å knytte noen kommentarer til artikkelen om nosokomiale infeksjoner i sykehjem i Oslo av Andersen & Rasch i *Tidsskriftet* nr. 24/2002 (1). Andersen & Rasch har lagt ned et stort arbeid innen infeksjonsforebyggende arbeid i Oslo, og vi synes det er fint at dette emnet tas opp. Vi er enige i at forebyggende tiltak mot infeksjoner må prioriteres høyt.

Vi er imidlertid uenige i fortolkningene i artikkelen. Det er viktig å følge utviklingen over tid når det gjelder prevalens av infeksjoner. Men vi mener det blir galt å legge så mye vekt på variasjoner fra ett år til et annet som Andersen & Rasch har gjort. Prevalensen var 5,6% i 2000 og 7,5% i 2001. Selv om forskjellen er statistisk signifikant, kan det likevel være uttrykk for tilfeldig variasjon. I juni 2002 fant vi en prevalens på 5,9%, noe som vel taler for det siste.

Det samme kan anføres om den lille reduksjonen i forekomst av postoperative sårinfeksjoner. Dersom det virkelig er en nedadgående tendens, må det vel dessuten først og fremst skyldes bedre rutiner på sykehuse- ne der pasientene er blitt operert.

Forfatterne er ikke mindre beskjedne enn at reduksjonen i prevalens fra 1999 (som var 6,4%, ikke 5,6%) til 2000 delvis tilskrives egne publikasjoner. Men det var kun et mindretall av institusjonene som etablerte infeksjonskontrollprogrammer i 1999–2000. Vi mener det kan være på sin plass å nevne at Helsevernetaten i Oslo har arbeidet med et omfattende infeksjonskontrollprogram for sykehjem og langtidsinstitusjoner som ble implementert høsten 2001 (2).

Forfatterne skriver at forbruket av antibiotika generelt sett er for høyt. Vi kan ikke se at det er belegg i resultatene for å hevde dette. Et forbruk av antibiotika på 6,1% svarer ganske bra med prevalensen av infeksjoner. En del utgjøres antakelig av antibiotika til lokalt bruk, som f.eks. øyedråper. Ved Lille Tøyen sykehjem i Oslo var gjennomsnittlig forbruk i 1998 av systemiske antibiotika 4,5% til enhver tid (3). Dersom Lille Tøyen sykehjem er representativt for Oslo, er det neppe grunnlag for å hevde at forbruket er for høyt.

Oslo

Petter Elstrøm
Tore W. Steen
Helsevernetaten

Litteratur

1. Andersen BM, Rasch M. Nosokomiale infeksjoner i sykehjem i Oslo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2371–3.
2. Infeksjonskontrollprogram for sykehjem og langtidsinstitusjoner. Oslo: Oslo kommune, Helsevernetaten, 2001.

3. Tobiassen T, Berild D, Hjordt Dahl P. Bruk av systemiske antibiotika ved et norsk sykehjem. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2376–8.

B.M. Andersen & M. Rasch svarer:

Tilfeldig variasjon i forekomst av sykehusinfeksjoner ble påpekt i vår artikkel (1). Signifikant økning av nedre luftveisinfeksjon høsten 2001 kan trolig relateres til utstrakt bruk av forurenset Dent-o-sept ved sykehjem i Oslo (1). Etter at Dent-o-sept-saken ble oppklart, har man observert en generell nedgang (B.M. Andersen, upubliserte data). Forbruket av antibakterielle midler varierer sterkt mellom institusjoner i Oslo (1, 2). Psykiatriske langtidsinstitusjoner har færre infeksjoner og betydelig mindre bruk av antibiotika enn andre (3).

Det er bekymringsfullt at Oslo kommune nå mangler sykehushygienisk bistand til sine over 5 000 langtidspasienter. Årsaken er manglende avtale mellom kommunen og sykehuset. Slik bistand skal i henhold til smittevernlovens forskrift forankres ved regionsykehus. I Oslo ble institusjonshygiene lagt til Ullevål sykehus i 1993, og fra 1999 (bystyrevedtak) etablert som kompetansesenter for Oslo. Overgang til statlig helseforetak medførte behov for ny avtale mellom Ullevål universitetssykehus og kommunen. Denne er ennå ikke etablert, til tross for tilbud fra sykehuset til kommunen om bistand.

Derfor ble våre prevalensmålinger, utsendt til sykehjem i Oslo i juni 2002, samlet inn av Helsevernetaten istedenfor som tidligere hos oss (2, 3). Dette er beklagelig. Hver institusjon bør få en kompetent tilbakemelding og oppfølging vedrørende sykehusinfeksjoner i relasjon til aktuelle og tidligere funn, slik de tidligere fikk fra Ullevål sykehus (2, 3). Det gjelder alle typer langtids helseinstitusjoner og over flere år. Mange års praktisk infeksjonsforebyggende arbeid ved helseinstitusjoner i Oslo ser nå ut til å smuldre opp, noe som fører til økt lidelse for pasientene og merkostnader for samfunnet. Tilstanden som er beskrevet i våre artikler (1, 2) forverres ytterligere ved at smittevernloven ikke følges når det gjelder sykehushygienisk bistand.

Oslo

Bjørg Marit Andersen
Mette Rasch

Kompetansesenter for institusjonshygiene
Avdeling for sykdomsforebygging
hos risikogrupper
Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Andersen BM, Rasch M. Nosokomiale infeksjoner i sykehjem i Oslo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2371–3.
2. Andersen BM, Rasch M. Hospital-acquired infections in Norwegian long-term-care institutions. A three-year survey of hospital-acquired infections and antibiotic treatment in nursing/residential homes, including 4500 residents in Oslo. *J Hosp Infect* 2000; 46: 288–98.
3. Andersen BM, Ringertz SH, Petersen TG, Hermansen W, Lelek M, Norman BI et al. A

three-year survey of nosocomial and community-acquired infections, antibiotic treatment and re-hospitalization in a Norwegian health region. *J Hosp Infect* 2000; 44: 214–23.

Reorienteringsterapi – etisk uforsvarleg?

Eg vil gjerne kommentere ein artikkel av Kari Ronge i *Tidsskriftet* nr. 21/2002, der temaet er homofili (1). Eg siterer frå ein resolusjon som fleirtalet i Norsk psykiatrisk forening har slutta opp om: «Homofili er ingen sykdom eller sykelig tilstand og kan derfor ikke være gjenstand for behandling. En «behandling» hvis hensikt er å endre seksuell legning fra homofil til heterofil, må betraktes som etisk uforsvarlig og hører ikke hjemme i helsevesenet» (1).

Først nokre fakta: Over fleire tiår har det vorte hevda at ca. 10% av befolkninga er homofil. Dette er no tilbakevist i fleire undersøkingar, m.a. seksualvaneundersøkinga frå Oslo i fjor, der ein ut frå tala kan finne at under 1% av den norske befolkninga er homofile og lesbiske (2). I ei britisk og ei fransk undersøking vart det funne at berre 1,1% hadde seksuell erfaring med personar av same kjønn «siste året». Ei amerikansk undersøking viste i snitt 2,6% (3).

Mange homoseksuelle har ein usunn livsstil med promiskuitet, med fare for livsfarlige smittsame sjukdomar, som HIV/AIDS og syfilis. Dei som har anal samleie (også heterofile), har særleg risiko for m.a. hepatitt B, giardiasis, amoebiasis, Chlamydia trachomatis og herpes simplex.

Alkohol- og stoffproblem hos homoseksuelle er tre gongar så vanleg som i resten av befolkninga (3). Ein forskar, Michael Bailey, skriv m.a. at homofile, lesbiske eller bifile har ein livsvarig risiko for sjølvmoordstankar og -åtfærd, alvorleg depresjon, generalisert angstligning, åtferdsproblem og trong til nikotin som ligg frå 2,8 til 6,2 gongar høgare enn hos heteroseksuelle (4).

Den engelske forskaren Patricia Morgan hevdar i si bok (5) at homoseksuelle foreldre har fleire partnerar, er meir valdelege og er årsak til større frustrasjonar hos borna enn heteroseksuelle foreldre. Andre forskarar har konkludert med at born som veks opp med homoseksuelle «foreldre», har 3–4 gongar så høg risiko for å bli homoseksuelle som born elles i samfunnet (6).

Den behandlinga som innleiingsvis vert beskriven som etisk uforsvarleg, er den såkalla reorienteringsterapien. Merton Strommen refererer i si bok (3) til Throckmorton, som i ei oversikt over alle publiserte rapportar om reparativ terapi i 83 vitskaplege fagtidsskrift konkluderer med at slik terapi har effekt og kan gjennomførast på ein etisk måte.

Dersom det kjem ein homofil som ynskjer å endre seksuell legning, skal vi då avvise han avdi ei slik behandling er «etisk uforsvarlig og ikke hører hjemme i helsevese-

net)? Har ikkje vi som legar plikt til å hjelpe den einskilde til best moglege helse?

Eg synest det er trist at Norsk psykiatrisk forening har gjeve etter for homofile pressgrupper og teke eit standpunkt det ikkje er vitskapleg grunnlag for.

Ulsteinvik

Gunnar Saunes

Litteratur

1. Ronge K. Norsk psykoanalytisk forening tar selvkritikk om homofili. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122; 2153–4.
2. Benestad Ø. Hvor mange er egentlig homofile? Sunnmørsposten 9.8.2002.
3. Strommen M. Kirken og homoseksualitet – en vei videre. Oslo: Luther Forlag, 2001.
4. Bailey JM. Homosexuality and mental illness. Arch Gen Psychiatry 1999; 56; 883–4.
5. Morgan P. Children as trophies. Newcastle-upon-Tyne: Christian Institute, 2002.
6. Australian Family Association. www.family.org.au/journal/2001/j20010728.html (15.10. 2002).

Har ikke helsetjenesteforskning verdi utover det å være hete nyheter?

I Tidsskriftet nr. 24/2002 skriver redaktøren i en lederartikkel med overskriften *Hete nyheter – kalde fakta* (1) at forskere selv kan velge hvordan de vil publisere, enten gjennom tidsskrifter eller gjennom rapporter til oppdragsgivere, gjennom konferanser, som uttalelser til pressen eller de kan legge resultatene ut på Internett.

Tidligere er ikke disse mediene blitt oppfattet som konkurrenter, og det har vært vanlig å benytte flere medier. Presentasjon i alle medier er ledd i et forskningsarbeid og bidrar i sum til en utadrettet og kvalitetssikret forskning. Men konkurransen mellom *Dagens Medisin* og Tidsskriftet har ført til at praksis er blitt strammet inn, og til at forskere kommer i en skvis. Hvis *Dagens Medisin* skriver om hovedbudskapet til artikler som skal publiseres i Tidsskriftet, blir artiklene stoppet der.

Har redaksjonen virkelig tenkt igjennom hvilke konsekvenser en slik praksis kan ha for Tidsskriftet og Tidsskriftets forhold til forskere og forskning?

En stor del av forskningen består i å få tilbakemeldinger og presentere stoffet underveis. Manuskripter blir revidert og bearbejdet etter kommentarer fra både kolleger, respondenter, informanter og ikke minst etter kommentarer og kritiske innspill på konferanser, i tillegg til kommentarer fra Tidsskriftet. Forskning er som oftest ikke et isolert og hemmelig arbeid.

Over lang tid blir deler av studier presentert muntlig i ulike fora. I pressen kan det da komme frem overskrifter og generelle kommentarer som et tilsvarende på en pågående debatt og ut fra referater fra konferanser. Dette kan det være vanskelig å kontrollere for forskeren, men som oftest har det liten betydning fordi tidsskriftartiklene ikke konkurre-

rer på denne arenaen. Artiklene bringer en dybde og inngående diskusjon utover overskriftene.

Redaktøren sier på lederplass: «Nyhetsmedier ønsker store overskrifter, men fagfolk vet at det er den mindre skriften som teller» (1). Det blir et paradoks at Tidsskriftet er blitt mer opptatt av å være nyhetsmedium enn fagtidsskrift, nettopp ved å konkurrere om store overskrifter og ikke få frem den mindre skriften. Artiklene blir ikke sett på som viktige utover korte sammendrag og overskrifter. Den stramme linjen til redaksjonen må tolkes slik at vitenskapelige problemstillinger som berører temaet dypere, likevel blir sett på som uvesentlige når overskriften først er blitt kjent.

Dette betyr at budskapet må holdes tett til brystet, ingen tilbakemeldinger til informanter og respondenter som har gjort en stor innsats i å bistå med informasjon, ingen deltakelse i aktuelle helsepolitiske debatter, man må si nei til forespørsler om foredrag og deltakelse på konferanser der det å presentere manuskripter er en forutsetning.

Enkelte temaer er enklere å holde hemmelig på denne måten. Forskning på hypoteser om sykdomsmekanismer er ikke sensasjonskost som egner seg for store overskrifter i dagspressen. Da blir det heller ikke noe problem for forskerne å skjule sine resultater. Men helsetjenesteforskning, som tar for seg dagsaktuelle spørsmål med stor interesse i politikk og presse, vil det være svært vanskelig å få publisert i Tidsskriftet ut fra krav om hemmelighet og lukkethet. Dette vil resultere i et snevert utgangspunkt for kunnskapsbasert medisin og at helsepolitiske spørsmål fortsatt blir sett på som sensasjoner og overskrifter og ikke møysommelig forskningsarbeid presentert som kalde fakta og i liten skrift.

Oslo

Lars Kjekshus

Senter for helseadministrasjon
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Haug C. Hete nyheter – kalde fakta. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2347.

Redaktøren svarer:

Lars Erik Kjekshus har innvendinger mot den kontrakten Tidsskriftet inngår med artikkelforfattere om når og hvordan resultater skal offentliggjøres, men han ser ikke ut til å ha satt seg inn i vanlig praksis eller begrunnelsen for den (1).

Denne kontrakten er ikke et nytt påfunn fra Tidsskriftets side. Tvert imot har Tidsskriftet i mange år fulgt samme praksis som de aller fleste medisinske-vitenskapelige tidsskrifter (2). Hensikten er å sikre at viktige forskningsresultater skal være tilgjengelige som fullstendige, kvalitetssikrede artikler for leger, forskere og andre beslutningstakere før de slås stort og ofte overfladisk opp i nyhetsmediene.

Kjekshus hevder at det innen helsetjenesteforskning – og særlig innen hans eget felt – er vanskelig å overholde en slik kontrakt fordi helsetjenesteforskning har større interesse for nyhetsmediene enn annen medisinsk forskning. Dette er ikke mitt inntrykk.

Oslo

Charlotte Haug

Litteratur

1. Haug C. Hete nyheter – kalde fakta. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2347.
2. Fontarosa PB, Flanagan A, DeAngelis CD. The Journal's policy regarding release of information to the public. JAMA 2000; 284: 2829–31.

Uttøying?

I Tidsskriftet nr. 22/2002 (1) er det referert ein artikkel (2) som konkluderer med at tøyning etter trening ikkje hindrar såre musklar eller skadar. Men har det nokon gong vore (hovud-)føremålet med tøyning? Føremålet er vel i fyrste rekkje å hindre forkorting av musklar, sener og band, og såleis syte for gode leddutslag og fri og ledig rørsle. Det kan best gjerast når ein er varm i samband med trening.

Førde

Otto Inge Molvær

Litteratur

1. Nesje SB. Sår tvil om effekten av uttøying. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2232.
2. Herbert RD, Gabriel M. Effects of stretching before and after exercising on muscle soreness and risk of injury: systematic review. BMJ 2002; 325: 468–72.

rettelse rettels

Protein-kreatinin-ratio – en enkel metode for vurdering av proteinuri i klinisk praksis

Anders Hartmann, Trond Jenssen, Karsten Midtvedt, Anna V. Reisaeter, Per Fauchald, Tore Henriksen, Eirik Monn, Bjørn Christophersen

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2180–3

I Tidsskriftet nr. 22/2002 side 2182 tredje kolonne skal stå: ...protein eller albumin i mg/l...