



Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Parametere og språklig slendrian

Torgeir Bruun Wyller & Eva Skovlund ønsker i Tidsskriftet nr. 7/2004 å fastslå at «parameter» er et statistisk begrep, en konstant i en matematisk formel og ikke noe annet (1). Jeg tror de her glemmer at matematikere og statistikere ikke alltid har enerett på ordene de bruker. «Divisjon» kan både bety en militær enhet og det matematiske begrepet «å dele». «Formel» kan bety matematisk formel, kjemisk struktur eller en teknisk spesifikasjon for biler i konkurransekjøring. «Differensial» finner vi både i biler og i ekvasjoner. Når hæren snakker om en divisjon, er det ikke språklig slendrian eller uriktig bruk av en matematisk term. «Termer» kan forresten bety så vel matematiske termer som antikke romerske bad.

Sigrunn Tømmerås skrev klokt i Dagbladet 15.4. 2004, i en helt annen debatt: «Språk har ikke en iboende, essensiell betydning, som noen få «eier». Som aktive skapere av mening er vi mennesker med på å forme og omforme språket.»

Parameter er et ord som blir brukt i forskjellige sammenhenger uten at man derfor kan si at én betydning er riktig og de andre er feilaktige. Ifølge Gyldendal og Aschehougs Store Norske Leksikon har parameter en annen betydning innenfor fysikken, og tre forskjellige betydninger innenfor krystallografiteknikken samt enda en betydning i dataprogrammer. Dessverre vet jeg ikke nok om disse tingene for å kunne utdype dette. Programspråksbetydningen og ikke den statistiske termen er den hyppigst siterte på Internett dersom man gjør et søk med Google.

En allmennspråklig, ikke-matematisk betydning av parameter (para = ved siden av, meter = måler) er «et mål som ikke måler foreteelsen i seg, men noe ved siden av som sier noe om tilstanden til det man egentlig vil måle». Slik sett er CRP, SR og kroppstemperatur typiske parametere. De måler ikke infeksjon i seg, men kan gi oss en pekepinn på hvor mye infeksjon der er.

Et annet eksempel kan være at vi vil vite hvor fin sommeren var i fjor. For å få vite det må man bruke parametere, ettersom selve begrepet «fin sommer» ikke er direkte målbart i seg. Gjennomsnittstemperaturen i fjor sommer er en parameter for hvor fin sommeren var, men sier selvfølgelig ikke alt om hvordan sommeren var.

«Das Ding an sich» får vi ikke se, men gjennom parametere kan vi få en oppfatning om tingen.

Peter Wetterberg
Ålesund

Litteratur

1. Wyller TB, Skovlund E. Korrelerte parametere og annen språklig slendrian. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 973.

T.B. Wyller & E. Skovlund svarer:

Vi har ingenting imot at forfattere som skriver i Tidsskriftet om krystallografi, fysikk eller dataprogrammering bruker ordet parameter i henhold til disse fagenes terminologi. Men praktisk talt alle leger som bruker dette ordet, bruker det i en statistisk sammenheng. Da forventer vi også at det håndteres statistisk korrekt (1).

Torgeir Bruun Wyller
Tidsskriftet

Eva Skovlund
Seksjon for medisinsk statistikk
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Altman DG, Bland JM. Variables and parameters. BMJ 1999; 318: 1667.

Røyking og verdighet

I Tidsskriftet nr. 7/2004 svarer Lasse Efskind (1) på mitt innlegg om røyking og legers verdighet (2) i samme nummer.

Det er positivt å registrere at Efskind har sympati for alle dem som plages av passiv røyking, og at han er for at man slutter å røyke. Resten av hans tilsvare består av to hovedelementer: en «diagnose» av mitt «personlige problem» og argumenter som er ment å skulle begrunne hans lansering av et «antiautoritært forum» og røykerom på sykehus.

Mitt innlegg (2) var ikke skrevet for å få en diagnose, verken midlertidig eller endelig, av mine plager som følge av passiv røyking. De plagene er reelle for et stort antall mennesker og er naturligvis ikke begrenset til meg. En internasjonal oppsummering av forskningsresultater viser at passiv røyking kan forårsake dødelige hjertesykdommer, lungekreft, plager og infeksjoner i nese og mellomøre og irritasjon av slimhinner i øyne, nese og svelg. I tillegg skaper giftstoffene nye astmatikere

og forverrer situasjonen for dem som har astma fra før. Miljøvernmyndighetene i California har beregnet at forurensning fra passiv røyking forårsaker mellom 40 000 og 60 000 dødsfall årlig i USA. Personlig har jeg ikke vært i et for sterilt miljø i oppveksten, snarere tvert imot.

Efskind bruker begreper som «livsnyttelse», «personlig frihet», «livet skal også leves» og «selvråderett» (1). Dette er positive ord som er ment å skulle underbygge relevansen og holdbarheten i hans argumentasjon. Når konsekvensene av individuell livsnyttelse, personlig frihet, selvråderett osv. fører til at andre må lide og dø altfor tidlig, da forstår de fleste fornuftige mennesker at Efskind kommer med hule argumenter. Jeg drister meg til en uanmodet diagnose: Jeg kjenner Efskind som en person med et årelangt antiautoritært følelsesmessig engasjement. Det får meg til å mistenke at det kan være sterke psykiske komponenter i hans iver etter å tillate røykeforurensning. I denne saken bør dokumenterte skadevirkninger være det viktigste. Det er kanskje på tide at den gamle aksjonisten også bruker sin tid som medmenneske og lege til å redde andre fra røykingens svøpe.

Marianne Solli
Grimstad

Litteratur

1. Efskind L. Røyking og legers verdighet. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 983.
2. Solli M. Røyking og legers verdighet. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 983.

Er dr. Stockmann passé?

Jeg har aldri hevdet, og langt mindre ment, at dr. Stockmann er passé, som Knut Arne Høltedahl kan gi inntrykk av (1). Tvert imot skrev jeg at «dr. Stockmann er en person som engasjerer også i dag» (2).

Men *En folkefiende* kan leses på mange måter, og det er god grunn til å spørre om dr. Stockmann er et godt forbilde for samfunnsmedisinsk arbeid i dag. Jeg kritiserer ikke dr. Stockmann fordi han hadde idealer eller var brysom. Dr. Snow var så definitivt heller ingen enkel person (3). Men det kan ikke være helt uten relevans at dr. Stockmanns store innsats ikke førte til noen endringer i byens vannforsyning. Høltedahl mener vel ikke at gode intensjoner er viktigere enn synlige resultater? Enten vi liker det eller ei – det er ofte høyst jordnære og iblant overraskende forhold som styrer

praktiske beslutninger. En av grunnene til at *En folkefiende* oppføres relativt sjelden, er visstnok at folkemøtet i fjerde akt (som utgjør en begrenset del av fremføringen) krever svært mange (og kostbare) skuespillere. En pragmatisk måte å løse dette på er å engasjere og involvere publikum i selve spillet, slik bl.a. Stein Winge gjorde i sin oppsetning i Skien i fjor sommer.

Tenk om dr. Stockmann hadde klart å engasjere og involvere befolkningen på samme måte i sitt prosjekt. Og tenk om vi hadde klart å være like kreative og løsningsorienterte i dagens folkehelsearbeid.

Magne Nylenna

Institutt for samfunnsmedisin
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Litteratur

1. Holtedahl KA. Er dr. Stockmann passé? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 980.
2. Nylenna M. Dr. Stockmann og dr. Snow – to samfunnsmedisinske helter. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3579–81.
3. Vinten-Johansen P, Brody H, Paneth N et al. Cholera, chloroform, and the science of medicine. Oxford: Oxford University Press, 2003.

K.A. Holtedahl svarer:

Det er flott at et teaterstykke fra 1800-tallet kan gi grunnlag for moderne medisinsk engasjement og at stykket spilles mer og mer, både innenlands og utenlands. Behovet for statister til folkemøtet løses elegant med publikum i foajeen, slik både Nylenna og jeg har vært med på ved forskjellige teatre. Kanskje blir det også slik ved hundreåret for Ibsens død i 2006? Hvis jeg ikke er feilinformert, skal *En folkefiende* være en hovedfremføring da.

Samlet sett opplevde jeg nok kommentarene fra Magne Nylenna, Jan Frich og Per Fugelli som en jordfestelse av dr. Stockmann. Så jeg syntes det var viktig å grave ham opp før det var for sent. Og nå synes jeg Peter Vinten-Johansens sterke ordbruk skyter litt over mål i forhold til mitt godmodige hint om redaktører og gamle referanser. For studentene i Michigan vil jeg håpe at også de begynner å diskutere Stockmann som folkehelseaktør, og ikke bare som eksempel på forgangen aristokratisk radikalisme. Ibsen er global nok – også for dagens medisinerere!

Knut Arne Holtedahl

Tromsø

Lokale forskningsfond i spesialisthelsetjenesten

Oppland sentralsykehus HF opprettet høsten 2001 et forsknings- og utviklingsfond (FoU-fond). Fondet skulle stimulere til økt forsknings- og utviklingsvirksomhet i sykehusene for å frembringe ny kunnskap og skulle også være et virkemiddel for

å skape attraktive arbeidsplasser. Ifølge fondets statutter og retningslinjer skulle det primært støtte pasientnær anvendt klinisk forskning og sekundært utviklingsprosjekter. Det ble stilt krav til publiseringspotensial ved forskningsprosjekter og krav til kvalitet, relevans og nytteeffekt for sykehuset ved utviklingsprosjekter.

Fondet ble finansiert ved at sykehuset årlig avsatte 0,1 % av lønnsbudsjettet, og Oppland fylkeskommune bidrog med et tilsvarende beløp. Et fondsstyre med representanter for fylkeskommunen, Oppland sentralsykehus HF og Høgskolen i Gjøvik hadde det overordnede ansvaret for fondet. En bredt sammensatt fagkomité med representanter fra forskjellige yrkesgrupper og organisasjoner vurderte søknader og fordelte midlene i henhold til statuttene.

Fondet gav lønn til permisjon i inntil tre måneder per år og støttet prosjekter med driftsmidler og reiseutgifter. Midler ble tildelt to ganger årlig. Fondet ble avviklet ved årsskiftet 2003/04 da Sykehuset Innlandet HF opprettet en forskningsavdeling. I perioden 2001–03 var det fem utlysninger, og det kom inn 69 søknader. Av disse fikk 32 støtte fra fondet. Det ble tildelt til sammen kr 2 876 452, og ca. halvparten av pengene var brukt per 31.12. 2003. Av de 23 prosjektene som mottok støtte, var det 20 forskningsprosjekter og tre utviklingsprosjekter. Leger stod som ansvarlige for 16 prosjekter, ergoterapeuter, sykepleiere og dietetiker for to prosjekter hver og fysioterapeut var ansvarlig for ett av prosjektene.

Per 15.12. 2003 hadde prosjektene ført til publisering i internasjonalt tidsskrift med ekstern fagvurdering – én publisert, to aksepterte og tre innsendte artikler. Det var holdt 19 presentasjoner ved internasjonale konferanser, og to manuser var sendt til skandinaviske tidsskrifter med ekstern fagvurdering. Det var holdt åtte presentasjoner på nasjonale fagmøter.

Antall søknader viser at det er betydelig interesse for forsknings- og utviklingsarbeid i den lokale spesialisthelsetjenesten. Flere av dem som fikk midler, har uttrykt at tildelingen fra fondet har vært stimulerende for deres arbeid ved sykehuset. Noen av søkerne har eksplisitt uttrykt at FoU-fondet har vært medvirkende til at de begynte ved sykehuset. Det synes å være et betydelig potensial for forskning lokalt i spesialisthelsetjenesten. Incitament i form av lokale forsknings- og utviklingsfond eller forskningsavdelinger ser ut til å være betydningsfulle.

Bjørn Hofmann

Høgskolen i Gjøvik

Trond Markestad

Rannveig Aure Juvkam

Tom Gerner

Unni Aaboen

Per G. Farup

Gjøvik

■ RETTELSE

Hvem tar ansvar når fortjenesten er lav?

Jens Hammerstrøm

Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3177

I ovennevnte artikkel i Tidsskriftet nr. 22/2003, side 3177, referanse 2, skal stå: Lange M, Granås AG.

Sykehusapotekenes organisering og oppgaver

Nina Refsum

Gunn Fredriksen

Per Lund

Liv Unni Naalsund

Johan F.B. Sandal

Astri Thorsen

Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1263–4

I ovennevnte artikkel i Tidsskriftet nr. 9/2004, side 1263, 2. kolonne, linje 9, skal stå: ...Lange & Granås (1).

I litteraturlisten, referanse 1, skal stå: Lange M, Granås AG.

Nina Refsums e-postadresse er:

nina.refsum@sykehusapotekene.no

Endokrinologisk prisdryss

Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1281

I omtalen i Tidsskriftet nr. 9/2004 av priser og stipendier utdelt på årsmøtet i Norsk selskap for endokrinologi var navnene på legemiddelfirmaene som gav priser og stipendier ikke kommet med.

Gunnar Mellgren mottok Novo Nordisk pris, ikke Nordisk pris, som det stod i omtalen. Jens Petter Berg fikk stipend fra Pfizer, KIMS Pituitary stipend. Benedicte A. Lie fikk stipend fra Bayer. Valdemar Grill fikk stipend fra GlaxoSmithKline. Svein Skeie fikk stipend fra MSD.

Kostendringer og dødelighetsutvikling av hjerte- og karsykdommer i Norge

Jan I. Pedersen

Aage Tverdal

Bente Kirkhus

Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1532–6

I sammendraget under *Resultater* skal stå: Siden 1960-årene er andelen fett i kosten redusert og forholdet mellom umettede og mettede pluss transfettsyrer økt.