

som ikke bare leser artikler etter «Ja, vi elsker-metoden» (2), vil dette klart fremgå av andre setning i innledningen i artikkelen: «Dersom behandlingen av de skadede i akuttfasen hadde vært optimal, blant annet ved å ha et organisert traumesystem, vil trolig 10–15 % av slike dødsfall kunne unngås,» noe som underbygges med henvisning til tre studier.

De to siste artikler fra Hammerfest har vært utsatt for en overraskende språklig interesse fra Husum (2, 3). I begge tilfeller mer enn antyder han at artiklene er uetterrettelige. Etterrettelighet og ærlighet anses som grunnverdier i vitenskapelig virksomhet og defineres som at forskerne ikke skal skjule noe, ikke fordreie noe og ikke forfalske noe (4). Vi kan ikke se at Husum har grunnlag for å påstå at vi har vært uetterrettelige.

I vår artikkel beskriver vi hvordan tverrfaglige team på landets sykehus tar ansvar for kvaliteten av egen skadeomsorg (1). Vi rapporterer en nasjonal fremgang som er bedre enn noe annet land vi kjenner til. Dette er oppsiktsvekkende, spesielt siden det ikke har vært ført offentlige kampanjer for å forbedre skadebehandlingen. Denne kvalitetsutviklingen har foregått uten støtte fra legemiddelindustri eller utstyrsprodusenter og er fra fagfolk til fagfolk på et likeverdig nivå. At initiativet startet ved to lokalsykehus og et universitetssykehus og siden har spredt seg til 45 av landets 50 akuttisykehus, er også unikt for denne typen kvalitetsforbedring (5).

Vi vil fortsette å beskrive funn og tiltak som vi tror styrker tilbudet til den del av befolkningen vi tjener. Dersom Husum også ønsker å forbedre pasientbehandlingen ved alvorlige skader (og å forebygge snøscooterskader), tror vi det er hensiktsmessig å konsentrere seg om innhold fremfor semantikk. Vi deltar gjerne i en faglig debatt som går på sak og innhold, men avslutter polemiseringen om formuleringer på det nivå Husum har lagt seg på.

Torben Wisborg
Hammerfest sykehus

Litteratur

1. Isaksen M, Wisborg T, Brattebø G. Organisering av traumemottak – stor forbedring på fire år. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 145–7.
2. Husum H. Snøscooterskader ikke alvorligere enn før. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 340–1.
3. Husum H. Fagfeller – våkne opp! *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 636.
4. Bugge R. Forskning, etikk og åpenhet. *Etikkinformasjon* 1999; nr. 3. [www.etikk.no/fagbladet/Etikkinformasjon/1999/3/side1.htm/view\(27.1.2006\)](http://www.etikk.no/fagbladet/Etikkinformasjon/1999/3/side1.htm/view(27.1.2006)).
5. Wisborg T, Castrén M, Lippert A et al. Training trauma teams in the Nordic countries: An overview and present status. *Acta Anaesthesiol Scand* 2005; 49: 1004–9.

Å hoppe etter svenskene

I julenummeret av *Tidskrift för Svensk Onkologisk Förening* har redaktøren Jan-Erik Frödin, en fremtredende svensk onkolog, en tankevekkende lederartikkel (1). Artikkelen tar utgangspunkt i et brev fra fem seksjonssjefer og åtte professorer i onkologi, der de påpekte svakheter i kreftomsorgen i Stockholm-området og med et krav om divisjonssjefens avgang. Brevet førte til at virksomhetssjefen for onkologi fikk sparken – selv om han ikke hadde undertegnet brevet. Frödin påpeker hvordan innføring av nye sjefsnivåer i svensk helsevesen har ført til at viktige avgjørelser blir tatt av personer så høyt oppe i organisasjonen at de mangler oversikt over konsekvensene av sine vedtak (1).

Sammenslåingen av den høyspesialiserte medisinen i Stockholm-regionen ved Karolinska Universitetssjukhuset, Radiumhemmet, Huddinge Sjukhus, Södersjukhuset og Danderyd Sjukhus til en gigantisk enhet er nylig gjennomført. Begrunnelsen er at stor-drift, samhandling og funksjonsfordeling antas å medføre mer effektiv drift og betydelige besparelser. Enhver omorganisering har imidlertid sin pris. Radiumhemmet – selve navet i svensk onkologi – forvitrer nå hurtig. Dyktige fagfolk flykter, noen til godt betalte jobber i legemiddelindustrien. Store innsparinger kan bare oppnås ved nedbemanning, som skaper uro og stress hos de ansatte og/eller ved nedskjæring av forskningsaktiviteten, noe som betyr å oppgi ambisjonen om å ligge i front av utviklingen. Blir prisen for omorganiseringen for høy?

Nordmenn har for vane å velge løsninger som vårt naboland allerede har satset på – også de mislykkede. Norsk helsevesen står nå midt i store endringer og utfordringer. Sammenslåingen av Rikshospitalet og Radiumhospitalet er i gang. Den såkalte Oslo-prosessen for samhandling og funksjonsfordeling med Ullevål universitetssykehus samt danningen av ett forent akademisk medisinsk miljø på Universitetet i Oslo er påbegynt. Bedre samarbeid mellom Helse Sør og Helse Øst er påkrevd. Disse prosesser har mange likhetstrekk med gigantprosjektet i Stockholm. En forutsetning for reelle innsparinger og forbedringer er at de organisatoriske endringer medfører klare synergieffekter. Omorganiseringer bør handle om å videreføre det som fungerer godt og forbedre det som fungerer dårlig, ellers vil gevinstene utebli.

Antall krefttilfeller stiger år for år. Teknologiske nyvinninger gjør kirurgi og strålebehandling sikrere og bedre, og nye og mer selektive legemidler kommer på markedet. Alt dette har en uunngåelig kostnadsdrivende effekt. Et relevant eksempel er den nye antistoffbaserte behandlingen av lymfomer. Denne medfører for vår institusjon alene en merkostnad på nesten 10 millioner kroner per år.

Radiumhospitalet har gjennom snart 75 år bygd opp en kompetanse og et miljø det har stått respekt av. Sammen med sitt kreftforskningsinstitutt står sykehuset for en dominerende andel av norsk kreftforskning og avansert, utprøvende kreftbehandling. Dersom institusjonen mister sitt navn og sin identitet og staben sin motivasjon, vil det raskt gå nedover. I all pasientbehandling stiller vi krav om at medisiner og tiltak skal være evidensbasert. Vi hopper nå etter svenskene – vi er allerede i ovarenn. Nå gjelder det å ikke snuble på hoppkanten og lande på kulen.

Øyvind S. Bruland
Rikshospitalet-Radiumhospitalet

Litteratur

1. Frödin J-E. Redaktørens rader. *Tidskrift för Svensk Onkologisk Förening* 2005; nr. 8/11: 5. www.bruland.info.

Multiple sclerosis in Nordland County

In a study on the prevalence of multiple sclerosis in Nordland county, Norway, by Alstadhaug et al in *Tidsskriftet* no. 4/2005 (1), a high-risk focus was found, as in the early 1950s (2), in the area inland of Bodø. I want to mention a relevant aspect from a detailed field study by Riddervold on food and its preservation in 1900–40 in the nearby area of Skjerstad (3).

In comparison with eastern and central Norway, and less so with western Norway, pork consumption (by household) was definitely lower in northern Norway, still in 1977–79 (4). In the paper by Riddervold (3), however, a fairly high consumption of pork in the area of Skjerstad was reported, even in the coastal parts. However, even within that area, a clear gradient was apparent from the inland to coastal parts, both for the use of animal products (excluding fish, but including pork) and the intensity of smoking for preservation: it was used in ham only and for only short time (i.e. several hours) in the coastal area, but for several days and in more meat varieties (including beef and mutton) in the inland parts (3). This inland-to-coast gradient for meat smoking is in line with the overall incidence of multiple sclerosis in Norway (2). It is also in agreement with case-control studies (5, 6) linking smoking and curing with nitrate/nitrite of meat to multiple sclerosis. Nitrotyrosine is formed during inflammatory diseases of the central nervous system, including multiple sclerosis, as a consequence of peroxynitrite formation. Different nitrophenol compounds, on the other hand, are present in the meat following curing with nitrite and smoking (7), and a molecular mimicry seems therefore possible.

Klaus Lauer
D-64347 Griesheim

Litteratur

1. Alstadhaug KB, Olavsen J, Salvesen R. Forekomst av multipel sklerose i Nordland 1970–99. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 431–3.
2. Swank R, Lerstad O, Strøm A et al. Multiple sclerosis in rural Norway. Its geographic and occupational incidence in relation to nutrition. New Engl J Med 1952; 246: 721–8.
3. Riddervold A. Konserveringsmetoder for kjøtt, fisk, ville bær og urter i forindustrielt norsk bondehushold. En analyse fra Skjerstad i Salten, Nordland. Magisteravhandling. Oslo: Institutt for folkelivsgransking, Universitetet i Oslo, 1978.
4. Solvang A. Kostholdsmessig analyse av matvareinnkjøp hos grupper av privathusholdninger 1977–1979 (melding 30). Oslo: Institutt for ernæringsforskning, Universitetet i Oslo, 1982.
5. Sepcic J, Mesaros E, Materljan E et al. Nutritional factors and multiple sclerosis in Gorski Kotar, Croatia. Neuroepidemiol 1993; 12: 234–40.
6. Geilenkeuser M, Griesenbeck K, Firnhaber W et al. The intake of defined meat products in multiple sclerosis (MS): a case-control study. J Neurol 2002; 249 (suppl 1): 204.
7. Knowles ME, Gilbert J, McWeeny DJ. Phenols in smoked, cured meats: nitrosation of phenols in liquid smoked and smoked bacon. J Sci Food Agr 1975; 26: 267–76.

Leger behøves i kampen mot fattigdom

Evner leger med millionen og mer i årsinntekt å ta livssituasjonen til fattige og sosialklienter på alvor? Hvor er legene når kampen mot fattigdom kjempes?

Mange leger får ikke betalt for sine tjenester fordi pasienten er fattig, lavtlønnet, sosialklient eller på lav trygdesats. Fattige og sosialklienter opplever at ubetalte legekonsultasjoner havner hos inkassobyråene, og at legene derfor avslår konsultasjon. Hvorfor gjør ikke legene mer for å forbedre fattige og sosialklienters livssituasjon? Hvorfor bryr ikke leger seg mer der mangel på tilstrekkelig sosialstøtte frarøver alminnelig livsdeltakelse, livskvalitet og helse? Sosialstøtte skal være en midlertidig ordning for hjelp til selvhjelp. Flere år på sosialstøttens umyndiggjørende eksistensminimum hjernevasker fattige og sosialklienter til å tro at de ikke er noe verdt. Vissheten om at de ikke duger, blir integrert.

Nylig avholdt arbeids- og inkluderingsminister Bjarne Håkon Hanssen en høring om fattigdom. Der kom det frem at noen har sosialstøtte som eneste inntektsgrunnlag i 10–15 år uten at helsepersonell eller myndigheter griper inn. Namsmannens norm for livsopphold er kr 7 710 per måned for enslig ved gjeldsordning i fem år. Sosialstøtten er ca. kr 4 100. Statens institutt for forbruksforskning har i mange år forgieves anbefalt økning av sosialsatsene med flere tusen kroner uten at noe har skjedd. Fra faglig hold er det hevdet at lave trygdeytelser og sosialstøtte ikke er incentiver for å få fattige i lønnet arbeid. Pengemangel går ut over jobbsøkeraktiviteten og øker risikoen for psykiske plager, som vanskeliggjør jobbsøk.

Leger kan bli involvert i fattiges og sosialklienters livssituasjon når legen blir tilkalt av sosialkontoret fordi klienter bryter sammen i «sjokk». Fortvilede fattige oppsøker leger i krisesituasjoner for hjelp når

offentlig forvaltning har avslått søknad om nødvendig støtte for et verdig liv. Heldigvis møter de fleste leger fattige med respekt, verdighet og velvilje. Men er det lettere å ha tillit til ansatte i forvaltningen enn til pasienten, den fattige sosialklienten?

I FNs internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter har Norge «anerkjent retten for enhver til å ha den høyest oppnåelige helsestandard både i fysisk og psykisk henseende» og «skape vilkår som trygger alle legebehandlinger og pleie under sykdom». Sistnevnte ivaretar behandling også der pasienten ikke kan betale pga. fattigdom. Norge er forpliktet gjennom Grunnloven § 110c å følge FNs menneskerettigheter. Norske jurister har opprettet en interessegruppe for menneskerettigheter. Norske leger oppfordres herved på sin måte å bidra i kampen mot fattigdom og til å fremme menneskerettigheter i Norge.

Liv Serine Helgesen
Oslo

Herlig, herlig – men farlig, farlig

I en artikkel publisert på Tidsskriftets nettsider under overskriften *Granateple er godt og sunt* skriver Erlend Hem om – ja, nettopp dette (1). Innholdet gjentas så i Tidsskriftet nr. 3/2006 (2). Ekstrakt av granateple (punica granatum) har vist seg å ha gunstig effekt ved aterosklerose og stressindusert myokardiskemi og har hemmet veksten av prostatakreft hos mus. Granateplets høye innhold av antioksidanter trekkes frem som sannsynlig årsak til de positive effektene ved inntak av denne frukten. Granatepler og granateplejuice selges i dagligvare- og helsekostbutikker.

Kostholdet er viktig, både for psykisk og fysisk helse. At frukt og grønt er sunt, bestrides på ingen måte. Ved en eventuell anbefaling er det viktig å minne om at bruk av naturmidler ikke alltid er risikofritt. I enkelte tilfeller kan det være forbundet med bivirkninger og i ytterste konsekvens helsefare.

Granateple har vært vist å være en potent hemmer av enzymet cytochrom P450 3A4 (CYP3A4) (3). Dette enzymet er involvert i nedbrytningen av over halvparten av alle markedsførte legemidler, herunder viktige legemidler i behandlingen av psykiske lidelser og hjerte- og karlidelser. Eksempler er mirtazapin, risperidon, quetiapin, simvastatin, atorvastatin, verapamil og amlodipin. En hemming av dette enzymet vil gi nedsatt omsetning av legemidlene og med det høyere legemiddelkonsentrasjon i serum. Dette vil igjen føre til økt risiko for bivirkninger og i verste fall alvorlige intoksikasjoner.

Granateplejuice er ikke det eneste naturmidlet som gir interaksjoner med lege-

midler. Effekten av johannesurt (hypericum perforatum, prikkperikum) er dokumentert ved mild og moderat depresjon (4). Johannesurt *induserer*, dvs. øker nivået av, flere CYP- enzymer, blant annet CYP3A4. Dette vil igjen kunne gi redusert serumkonsentrasjon og effekt av en rekke legemidler, herunder flere brukt mot depresjon. Andre naturmidler som kan påvirke legemiddelomsetningen ved å *hemme* CYP-enzymene, er tempeltre (ginkgo biloba), grapefruktjuice, stjernefrukt (averroa carambola) og rød solhatt (echinacea purpurea). Bruk av disse preparatene kan gi bivirknings- og intoksikasjonsrisiko (5).

Bruk av helsekost og naturmidler er vanlig. Det er viktig å huske at enkelte av disse preparatene kan ha betydelig evne til å påvirke omsetningen av legemidler. Granateple kan tjene som en påminnelse om at naturmidler, i likhet med legemidler, ikke kan anbefales uten overveielser av bivirknings- og interaksjonsfare.

Dag Kristen Solberg
Psykofarmakologisk avdeling
Diakonhjemmet sykehus

Litteratur

1. Hem E. Granateple er godt og sunt. www.tidsskriftet.no/pls/its/pa_lt_visNlyhet?vp_id=9999 (31.1.2006).
2. Granateple ved prostatakreft? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 283.
3. Hidaka M, Okumura M, Fujita K et al. Effects of pomegranate juice of human cytochrome P450 3A4 (CYP 3A) and carbamazepine pharmacokinetics in rats. Drug Metab Dispos 2005; 33: 644–8.
4. Szegedi A, Kohnen R, Dienel A et al. Acute treatment of moderate to severe depression with hypericum extract WS 5570 (St John's wort): randomised controlled double blind non-inferiority trial versus paroxetine. BMJ 2005; 330: 503.
5. Åsberg A, Paulsen B, Hartmann A. Helsekost, naturmidler og naturlegemidler. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift 2005; nr. 3: 13–7.

Bring doktorgradene tilbake til Tidsskriftet!

Gjennom flere år har doktoranders presentasjoner av egne avhandlinger vært blant min kjæreste lesing i Tidsskriftet. Dette har vært en måte å fange opp viktige hendelser på forskningsfronten innen hele medisinen. Jeg har også satt pris på den kollegiale informasjonen som har ligget i disse presentasjonene; det har vært artig å holde seg oppdatert om en del kollegers faglige bravader på denne måten. Jeg tror muligheten til å lese om kollegers forskningsinnsats på tvers av spesialitetene har bidratt til å styrke samfølelsen blant leger.

Nå er det slutt. Fra og med Tidsskriftet nr. 7/2005 er omtalene hevet ut av bladet, og i stedet velger Tidsskriftets redaksjon ut enkelte avhandlinger og lager nyhetspresentasjoner av disse (1). Dette anser jeg som et vesentlig tilbakeskritt. Selv om det på Tidsskriftets nettsider heter at «doktoravhandlingene løftes frem og får en mer sentral plass