

sett av tester, stort sett mangler. Dette kan paradoksalt nok føre til en oppfatning blant brukerne om at slike midler generelt er effektive og trygge, ikke minst fordi reklamen gjerne spiller på at de er «naturlige produkter». Gitt det relativt lave kravet til dokumentasjon, er det imidlertid vanskelig å vurdere effekten.

På Novo Nordisks nettside om kvinnehelse (3) ble det fra juni 2006 til januar 2007 utført en spørreundersøkelse med ti spørsmål knyttet til klimakteriet og klimakterielle plager og symptomer. Det ble registrert 2 245 respondenter, som alle oppgav å være kvinner. 60 % var under 50 år. Hos 1 120 respondenter hadde menopause inntrådt, og gjennomsnittlig alder for dette var 49 år. 194 oppga at de brukte østrogenholdige legemidler for behandling av klimakterielle plager, hvorav halvparten i mindre enn tre år. 414 oppga at de benyttet naturlige legemidler, hvorav 86 % hadde benyttet dette i mindre enn tre år. Likevel oppga mange av disse at de fortsatt hadde plager, slik som hetetokter (93 %) og nattesvette (86 %), hjerteklapp (42 %) og søvnforstyrrelser (81 %). I 627 respondenter sa at de ikke brukte noen behandling for klimakterielle plager.

Selv om internettundersøkelser er beheftet med betydelige metodologiske svakheter, særlig seleksjon av respondenter, synes resultatene å støtte funn fra en tidligere undersøkelse, der man intervjuet 64 kvinner som var tidligere eller aktuelle brukere av naturlegemidler og som hadde vært til mammografi (4). Færre enn halvparten av disse hadde opplevd god effekt på vasomotoriske symptomer av slike midler, mot tre firedeler av dem som brukte systemisk østrogen. Internettundersøkelsen viser at det fortsatt er god grunn til at Statens legemiddelverk overvåker dette markedet nøye (5). Kanskje er tiden kommet for at naturlegemidler må underlegges større krav til dokumentasjon?

#### Odd Erik Johansen

Novo Nordisk Scandinavia

#### Litteratur

1. Hansen B, Grimsgaard S, Launso L et al. Use of complementary and alternative medicine in the Scandinavian countries. *Scand J Prim Health Care* 2005; 23: 57–62.
2. Statens legemiddelverk. Retningslinjer for godkjenning av naturlegemidler. [www.legemiddelverket.no/upload/23097/Retningslinje-naturlegemidler-rev98.doc](http://www.legemiddelverket.no/upload/23097/Retningslinje-naturlegemidler-rev98.doc) (12.2.2007).
3. [www.menopause-info.no](http://www.menopause-info.no) (12.2.2007).
4. Dahle EJ, Lydersen S, Moen MH. Bruk av østrogen og alternativ behandling blant norske kvinner 50–69 år. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 1067–8.
5. Moe I. – Må få munncurv. *Aftenposten* 11.2.2007. [www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article1637195.ece](http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article1637195.ece) (12.2.2007).

## Det nye St. Olavs Hospital – hva skjer?

I Tidsskriftet nr. 1/2007 har Sven Erik Gisvold en kommentar til utbyggingen av St. Olavs Hospital, der hans konklusjon er at utgiftene til drift vil øke dramatisk og pasientsikkerheten utenom vanlig arbeidstid vil bli svekket (1).

Det er merkelig at det ikke har vært mer debatt omkring et eksperiment som dette. Jeg kan ikke huske å ha sett noe om det i Tidsskriftet. Med kronisk pengemangel i helsevesenet er det merkelig at man velger løsninger for sykehusets drift som krever flere ansatte og mange ansatt i ubekvem arbeidstid i flere parallelle akuttavdelinger. Oppsplitting og spredning av funksjoner vil uvegerlig gi dette resultatet. Samordning og nært samarbeid er både faglig og økonomisk det gunstigste. Det er viktig at man nå prøver «å redde stumpene» og finne løsninger for resten av utbyggingen som kan «ende opp med et mer helhetlig og funksjonelt sykehus – et sykehus vi har råd til å drive», slik Gisvold skriver (1). Hva kan Legeforeningen tenke seg å gjøre?

#### Lars Helling

Lillehammer

#### Litteratur

1. Gisvold SE. Er det nye St. Olavs Hospital i ferd med å grunnstøte? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 60.

#### G. Bovim svarer:

Bygging av nytt universitetssykehus i Trondheim har vært under planlegging i mange år, og fremdeles gjenstår ca. sju år før det står ferdig. Det startet som et moderniseringsprosjekt, men utviklet seg til et prosjekt for bygging av et nytt universitetssykehus og et samtidig prosjekt for bygging av arealer til Det medisinske fakultet. Underveis er planene, ikke minst for sykehusdelen, endret betydelig gjennom ulike prosesser.

Det ble tidlig besluttet at det nye sykehuset skulle bygges på samme område som det gamle. Det var ikke tilstrekkelig tomteareal til å bygge et nytt sykehus ved siden av det gamle. Man måtte bygge noe, flytte inn, rive de fristilte arealene og bygge videre. Da måtte løsningen bli atskilte bygg eller sentre som man valgte å kalle det, bundet sammen med bro- og kulvertsystem i flere etasjer. Tidlig i planprosessen ønsket man å forme hvert senter som et «eget» spesialisert sykehus hvor alle funksjoner, slik som operasjonsstuer, bildediagnostikk, intensiv/overvåking var samlet sammen med sengerom og pleiefunksjoner. Sentrene var sammensatt i organblokker, slik som hjerte-lunge, gastro, nevro osv. Dette samsvarer med valgt undervisningsmodell for medisinstudiet og var ment å utnytte kapasitet og kompetanse på tvers av tradisjonelle indre-

medisinske fag overfor tilsvarende i kirurgiske fag. Sven Erik Gisvold og andre (1, 2) og nå Helling har påpekt at en slik modell ville bli kostbar å drive på «ubekvem» arbeidstid fordi den krevde nye vaktteam, særlig i anesthesiologi.

Kvinne-barn-sentret og Nevrosentret, som ble tatt i bruk i 2007, er i stor grad formet etter den opprinnelige sentermodellen. I byggefase to er imidlertid mye av filosofien endret. Man bygger et akutt-hjerte-lunge-senter som vil huse nesten alle nødvendige funksjoner for øyeblikkelig hjelp på ubekvem tid. Bildediagnostikk, intensivenhet og operasjonsstuer er samlet for å gi effektiv drift. Behovet for egne «arkitekturtløste» vaktteam er fjernet, bortsett fra en anestesivakt i tilknytning til fødeavdelingen (noe også en del andre sykehus har).

Vi mener å bygge et sykehus som tilfredsstillende balansen mellom mange elektive pasienter på dagtid og de relativt sett få med behov for øyeblikkelig hjelp på ubekvem tid. Sykehuset stimulerer dessuten andre samhandling, først og fremst er universitet og sykehus tett integrert. Betydelige kvalitetshevninger er innført, slik som enerom, store investeringer innen informasjon- og kommunikasjonsteknologi (IKT) o.l.

Sven Erik Gisvold har hatt mye rett i sin kritikk av sentermodellen slik den i sin tid var tenkt. Han skal ha mye av æren for at planene ble endret for å drive effektivt også på ubekvem tid. Han deltar nå aktivt for å bedre sykehusets logistikk ved å innføre preoperativ poliklinikk m.m. Kritikken i hans innlegg i Tidsskriftet (1) retter seg imidlertid delvis mot planer vi forlot for flere år siden.

#### Gunnar Bovim

Administrerende direktør  
St. Olavs Hospital

#### Litteratur

1. Gisvold SE. Er det nye St. Olavs Hospital i ferd med å grunnstøte? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 60.
2. Hedemark A. Kommer det nye St. Olavs Hospital til å grunnstøte? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 623–4.

## Hva er ikke en dobbeltpublikasjon?

I Tidsskriftet nr. 3/2007 belyser redaktør Charlotte Haug på lederplass noen problemer knyttet til offentliggjøring av prelimære forskningsresultater på møter og kongresser (1). Jeg forstår det slik at Haug regner publikasjon av abstrakter som «doppeltpublikasjon» dersom man senere skriver en artikkel uten å referere til abstraktet. Ofte dreier dette seg om uferdig bearbejdede forskningsresultater som legges frem for at man skal kunne få konstruktive tilbakemeldinger fra fagmiljøet og

ha mulighet for å rette opp svakheter eller feil i studien. Slike tilbakemeldinger øker dermed kvaliteten på de senere publiserte artiklene, men abstraktene er som oftest ikke i seg selv «ferdige» forskningsresultater. Det er forståelig at redaktøren oppfatter det som dobbeltpublikasjon dersom videoopptak av foredrag eller komplette Powerpoint-presentasjoner gjøres tilgjengelig for alle via Internett. Det forblir imidlertid uavklart hvorvidt hun mener at selv offentliggjøring av referater fra slike presentasjoner, altså abstrakter fra foredragene, må anses som «publikasjon av forskningsresultater» (1).

Haug skriver også at senere artikler som bygger videre på de presenterte preliminnære resultatene, må inneholde referanser til slike presentasjoner (1). Skal dette forstås slik at Tidsskriftet nå ønsker referanser til abstrakter fra ethvert faglig møte, dersom de presenterte preliminnære resultatene er blitt offentliggjort i referats form (på norsk eller engelsk) på Internett? Hva med lokale møter på en avdeling eller et sykehus eller i en helseregion eller nasjonale møter – er det ikke fortsatt en grense for hva som er «et begrenset antall kolleger»? Eller er intensjonen å presse arrangører av faglige møter til ikke å publisere møtereferater på Internett? Det vil i så fall svekke mulighetene til å vite om hva som foregår i andre forskningsmiljøer og til å inngå samarbeid.

Det er spesielt uheldig dersom praksis skulle bli at man må påføre flere referanser til ett og samme arbeid, altså referanse til både den foreløpige og den endelige publikasjonen av forskningsresultatene. Som andre har påpekt (2), er det vanskelig nok fra før å orientere seg i fagområder der det publiseres artikler med overlappende klinisk materiale, om vi ikke også skulle måtte forholde oss til doble, triple eller mangedoble referanser til ett og samme forskningsresultat.

Problemene med å sortere og veie overfloden av tilgjengelig informasjon innen et fagfelt er imidlertid ikke det viktigste. Konsekvensene av å regne all tidligere offentliggjøring som publikasjon er først og fremst at leger, stipendiater og forskere sterkt begrenses i sine muligheter til å få nyttige og nødvendige tilbakemeldinger på foreløpige data. Rekkevidden av dette er at kvaliteten på vitenskapelige artikler blir dårligere. Jeg tror ikke vi er tjent med en slik utvikling og tror heller ikke Tidsskriftet ønsker det. Det ville derfor være nyttig om redaktøren kunne presisere sitt syn på hva som er nedre grense for å kalle noe en publikasjon i denne sammenhengen.

**Arne Westgaard**  
Det medisinske fakultet  
Universitetet i Oslo

**Litteratur**

1. Haug C. Hva er en publikasjon – og en dobbeltpublikasjon? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 285.
2. Gudjonsson B. Carcinoma of the pancreas: critical analysis of costs, results of resections, and the need for standardized reporting. J Am Coll Surg 1995; 181: 483–503.

**Redaktøren svarer:**

Jeg ser av Arne Westgaards innlegg at jeg ikke har uttrykt meg klart nok og at det er nødvendig å presisere ytterligere. Hovedpoenget med min lederartikkel var å minne om reglene for dobbeltpublikasjon og å gjøre oppmerksom på at når oppgaver, rapporter, avhandlinger etc. legges ut på Internett, er de å regne som publisert. Artikler basert på slike, vil derfor vurderes i henhold til reglene for dobbeltpublikasjon. Det er fortsatt Vancouver-reglenes kapittel III D2 som gjelder: «De færreste tidsskrifter ønsker å motta manuskripter hvor en stor del allerede er blitt rapportert i en publisert artikkel eller er en del av et annet manuskript som er blitt innsendt eller akseptert for publisering et annet sted, på trykk eller i elektroniske medier» (1).

Westgaard tar opp problemstillinger knyttet til offentliggjøring av forskningsrapporter i forbindelse med møter og kongresser. Her er det viktig å skille mellom tradisjonelle abstrakter som sendes inn i forkant, og referater i etterkant av møtene. Abstrakter med preliminnære forskningsresultater innsendt med tanke på faglig diskusjon på møter og kongresser, rammes ikke av dobbeltpublikasjonsreglene selv om de er tilgjengelige på Internett. Derimot oppfordrer jeg til bevissthet omkring referater og rapporter fra møtene. Det er disse som, avhengig av omfang og utforming, kan komme i konflikt med dobbeltpublikasjonsreglene.

**Charlotte Haug**  
Tidsskriftet

**Litteratur**

1. www.icmje.org (2.3.2007).

■ RETTELSE

**En eldre mann med proteinuri og hyperkalsemi**

*Maria Adele Mastroianni, Helge Skjønsberg, Yong Shi, Anders Skinningsrud, Gustav Peter Blom, Johannes Elias Barstad, Erik H. Strøm*

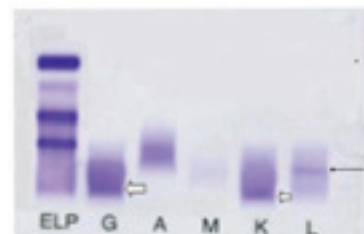
Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2665–7.

I denne artikkelen i Tidsskriftet nr. 20/2006 var pilene i figurene som viste urin- og serumimmunfiksasjonelektroforese, plassert feil. Det skulle dessuten vært opplyst at elektroforesen var gjort med generell proteinfarging og med antistoffer rettet mot IgG (G), IgA (A), IgM (M), Ig kappa (K) og Ig lambda (L).

Her er figurene med rett plasserte piler:



**Figur 1** Påvisning av monoklonale frie lette λ-kjeder (←) ved urinimmunfiksasjonelektroforese



**Figur 2** Serumimmunfiksasjonelektroforese. Påvisning av små mengder av komplett IgG-κ katodisk i γ-sonen (⇐) og monoklonale frie lette λ-kjeder (←) med samme mobilitet som i urin

>>>