

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 %), 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 (12.2.2007).
3. 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 (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 «doubltpublikasjon» 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