

Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet>.

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har automatisk tilsvaretsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Kirurgisk behandling av benigne gynekologiske tilstander

I Goderstad og medarbeideres artikkel i Tidsskriftet nr.15/2008 hevdes det at nasjonal veileder i generell gynekologi ved ektopisk graviditet anbefaler laparoskopisk kirurgi og at dette støttes av internasjonale studier (1). I veilederen anbefales i utgangspunktet laparoskopisk kirurgi, men laparotomi ved hemodynamisk ustabile pasienter (2). Referansen til internasjonale studier konkluderer imidlertid med at laparoskopisk kirurgi er mindre vellykket enn åpen kirurgi på grunn av høyere risiko for persisterende trofoblastvev. I en senere oppdatering av denne Cochrane-rapporten opprettholdes konklusjonen. Videre konkluderes det med at systemisk metotreksatbehandling er minst like god behandling som laparoskopisk salpingostomi. At laparoskopisk teknikk er mer kostnadseffektivt, er selvsagt et vesentlig poeng (3).

Artikkelens figur 1 angir antall kirurgisk behandlede pasienter med ektopisk graviditet og den prosentvise andelen som er operert åpent. Det er enkelt å se hvilke store sykehus de enkelte tegn angir. I forhold til de enkelte sykehus sine nedslagsfelt er det stor variasjon i antall operative inngrep per 1 000 innbyggere, noe forfatterne også poengterer. Med et nedslagsfelt på ca. 500 000 foretar Ullevål universitetssykehus 50 % flere operative inngrep enn Akershus universitetssykehus (nedslagsfelt 340 000) og tre ganger så mange operasjoner som ved de to største sykehusene i Helse Vest (Haukeland universitetssykehus og Stavanger universitetssykehus, samlet nedslagsfelt ca. 700 000). En plausibel konklusjon blir da at Ullevål universitetssykehus stort sett behandler ektopiske graviditeter operativt, mens andre sykehus med færre inngrep korrigerer for størrelsen på nedslagsfelt også benytter annen behandling, for eksempel metotreksat der kvinnen har få symptomer og lave titre av humant choriongonadotropin (HCG).

Også i operativ behandling for benigne ovariecyster og hysterektomi er det forskjeller i antall operasjoner i forhold til nedslagsfeltet til de store sykehusene, og forfatterne diskuterer dette. Ved hysterektomi på indikasjon blødningsforstyrrelse og/eller muskelknuter kan det tenkes at en mer konservativ primærbehandling gir end-

ring i den pasientpopulasjonen som til slutt blir operert i forhold til om man hadde gjort hysterektomi primært. Uterus kan ha blitt betydelig større i mellomtiden, og at man derfor valgte laparotomi i stedet for laparoskopisk.

Studien viser for alle tre operasjoner en reduksjon i den prosentvise andelen av åpne inngrep i løpet av undersøkelsesperioden, og størst reduksjon på de store avdelingene. Siden dette er vanlige operasjoner ved alle gynekologiske avdelinger, er det vanskelig å se behovet for et nasjonalt kompetansesenter. Det burde være tilstrekkelig å sørge for hospitalisering ved de store avdelingene for de som er ferdige spesialister og god opplæring av leger i utdanning under gruppe 1-tjenesten ved universitetsklinikkene, som utgjør de aller fleste store sykehusene.

Tom Tanbo

Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet og Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Goderstad JM, Lieng M, Busund B. Kirurgisk behandling av benigne gynekologiske lidelser. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1460–3.
2. Norsk gynekologisk forening. Veileder i generell gynekologi. Ekstrauterin graviditet. www.legeforeningen.no/id/106328.0 [20.11.2009].
3. Hajenius PJ, Mol F, Mol BW et al. Interventions for tubal ectopic pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2007; nr. 1: CD000324.

J.M. Goderstad og medarbeidere svarer:

Tom Tanbo kommenterer at det er situasjoner der nasjonal veileder i generell gynekologi anbefaler laparotomi ved behandling av kvinner med ektopisk graviditet. Det gjelder hemodynamisk ustabile pasienter eller ved ikke-etablert laparoskopisk teknikk. Er pasienten hemodynamisk ustabil, må legen gjøre den prosedyren hun/han behersker best. Alle gynekologiske avdelinger bør etter vår mening ha kompetanse til å utføre en laparoskopisk på en hemodynamisk stabil pasient. Legers manglende kirurgiske ferdigheter må ikke resultere i at kvinner tilbys nest beste behandling.

Tanbo påpeker at internasjonale studier konkluderer med at laparotomi kommer bedre ut enn laparoskopisk ved salpingotomi vurdert ut fra persisterende trofoblastvev. Dette er helt riktig. Likevel anbefales laparoskopisk som operativ metode, da alle andre variabler går i favør av laparoskopisk.

I 2006 ble 86 % av kvinner i Norge med ektopiske graviditeter behandlet med laparoskopisk teknikk når operativ behandling ble valgt (1).

Tanbo trekker inn metotreksatbehandling som et godt alternativ til kirurgisk behandling. Det er sikkert ulik tradisjon ved gynekologiske avdelinger vedrørende behandlingsvalg for kvinner med ektopisk graviditet. Dette er ikke drøftet i vår artikkel, da vi valgte å kartlegge den operative behandlingen.

Videre antyder Tanbo at ulik behandlingstradisjon ved gynekologiske avdelinger fører til at noen sykehus fjerner livmoren mens den er liten og dermed lettere kan velge alternativer til laparotomi. Et nasjonalt operasjonsregister kunne gitt svar på dette. Vi mener det ikke er noe mål at en stor uterus (> 500 g) skal fjernes vaginalt eller per skopi. Det er derimot et mål at en normalt stor eller lett forstørret uterus skal fjernes med alternativer til laparotomi. Vi tror det er manglende operative ferdigheter som er hovedårsaken til ulikhetene mellom avdelingenes valg av operasjonsmetode.

Tanbo ser ikke behovet for et kompetansesenter. I Norge velger fire av de seks største sykehusene laparotomi i > 50 % av tilfellene når de skal fjerne livmoren (1).

Vi mener det er behov for et nasjonalt kompetansesenter. Det er ikke pasienter som skal henvises dit, men leger. Målet for et slikt senter bør være å øke andre kollegers operative kompetanse, slik at de kan dra tilbake til sitt sykehus og anvende alternativer til laparotomi.

Jeanne Mette Goderstad

Marit Lieng

Bjørn Busund

Oslo universitetssykehus, Ullevål

Litteratur

1. Goderstad JM, Lieng M, Busund B. Kirurgisk behandling av benign gynekologisk lidelse. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1460–3.

Et fakultet styrt av kliniksjefer

Da Oslo universitetssykehus ble dannet ved å slå sammen Ullevål universitetssykehus, Aker universitetssykehus og Rikshospitalet, inkludert Radiumhospitalet, ble det behov for å omorganisere Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. Etter et omfat-

tende forarbeid, men gjennomført under tidspress, er fakultetet fra 1.1. 2010 organisert med tre institutter: Institutt for sykehusmedisin, Institutt for helse og samfunn og Institutt for medisinske basalfag. Institutt for sykehusmedisin er delt i flere avdelinger, tilpasset klinikkstrukturen på Oslo universitetssykehus. Ledere for disse avdelingene er klinikkjefen for hver klinikk, forutsatt at vedkommende har akademisk kompetanse, ellers klinikkens forskningsjef (1).

Klinikkjefene på Oslo universitetssykehus ble tilsatt av sykehusets styre sommeren 2009 på grunnlag av deres evne til å lede sykehusvirksomhet og å holde sykehusbudsjetter. Nå får de også ansvar for å lede store deler av fakultetet. Det er sikkert gode grunner til en slik fakultetsmodell, blant annet bedre integrering av klinikk og forskning, men den er også problematisk og tankevekkende. Klinikkjefene skal nå rapportere både til sykehusets direktør og til lederen av Institutt for sykehusmedisin. Det er ikke vanskelig å se at det kan oppstå situasjoner der fakultetets interesser kan komme i konflikt med sykehusets interesser. Hvor er lojaliteten størst?

Historisk sett er dette et foreløpig endepunkt for en utvikling der Det medisinske fakultet og dets professorer gradvis har fått mindre makt og myndighet. For ikke mange år siden var professorer i full stilling ved fakultetet også sjef for Rikshospitalets avdelinger. Til stor motstand fra mange ble dette endret til at ledere av sykehusavdelingene ikke lenger skulle være legen med den høyeste vitenskapelige kompetansen. Senere ble det slik at også andre enn leger kunne være avdelingssjef. Fakultetet har gradvis tapt innflytelse på sykehusets virksomhet – nå har fakultetet gitt fra seg styring av egen virksomhet til sykehuset.

Petter Gjersvik

Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Slutt rapport fra arbeidsgruppen for «Institutt for sykehusmedisin». Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2009. www.med.uio.no/for_ansatte/organisasjon/omorganisering/ (15.11.2009).

Kvakksalveri, koriander og kvikksølv

Noen akademikere mener de har en vitenskapelig forankret rett til å rakke ned på alternativmedisinere, kvakksalvere og folk som tror på noe «annet». Kanskje de har glemt hvordan en hypotese dannes? Man kan vel vanskelig komme noen vei i vitenskapen uten å tro på at det finnes noe «annet» her i verden – som kan testes. Kanskje et mer rettferdig uttrykk enn kvakksalver er hypoteseopppfinner?

Et eksempel fra naturmedisin kan være koriander, *Coriandrum sativum*, på engelsk «cilantro» eller «chinese parsley». Den kan være nyttig ved reise i den tredje verden, der legedekningen er dårlig der man kan komme ut for turistdiaré og høyt kvikksølvnivå i mat. I en studie hadde pasienter som spiste suppe med koriander høyere utskilling av kvikksølv i urin (1). De som er redde for kvikksølvforgiftning, kan altså trygt spise koriander. Koriander inneholder også antibakterielle komponenter, deriblant dodecinal som har vist seg å være dobbelt så effektiv som gentamicin til å drepe salmonellabakterier (2, 3). Dette er nok ikke ny viten, da det også ble brukt i balsamering av mumier og kjøttkonservering av romerne.

Til slutt en idé til «kvakksalvere»: Hva med å blande vaselin som base og koriander som virkemiddel? For å få med antiviral effekt i tilegg kan f.eks. jod eller HOCl tilsettes.

Lars Hektoen

Oslo

Litteratur

1. Omura Y, Beckman SL. Role of mercury (Hg) in resistant infections & effective treatment of Chlamydia trachomatis and Herpes family viral infections (and potential treatment for cancer) by removing localized Hg deposits with Chinese parsley and delivering effective antibiotics using various drug uptake enhancement methods. *Acupunct Electrother Res* 1995; 20: 195–229.
2. Kubo I, Fujita K, Kubo A et al. Antibacterial activity of coriander volatile compounds against *Salmonella choleraesuis*. *J Agric Food Chem* 2004; 52: 3329–32.
3. Begnamia AF, Duarte MC, Furlletta V et al. Antimicrobial potential of *Coriandrum sativum* L. against different *Candida* species in vitro. *Food Chem* 2010; 118: 74–7.

Hamarøy legedistrikt 1956

I årene 1957–64 var min far Knut M. Storsæter (1916–2008) distriktslege på Hamarøy. Blant hans etterlatte papirer fant jeg et brev fra Den norske lægeförening med rapport fra den avtroppende distriktslegen på stedet, Jean Gustav Cappelen (1900–77). Rapporten var skrevet i november 1956 og ga opplysninger om distriktet som var av nytte for den nye distriktslegen.

Et omfattende standardskjema er fylt ut i telegramstil med skrivemaskin. Både spørsmål og svar er tankevekkende sett med dagens øyne. De gir et innblikk i en distriktslegehverdag nordpå i 1950-årene: «Benyttes kvakksalvere? Ev. hvem?» Cappelen svarte ja og oppga tre navn. «Hvilke fremkomstmidler benyttes ved reiser?» Svar: «Vesentlig bil, endel motorbåt, til fots, ski, hest».

«Er reisene besværlige?» Svar: «Ikke særlig, enkelte om vinteren». «Hvordan er de økonomiske forhold i distriktet? Hoved-

næringsvei?» Svar: «Meget slette. Antagelig småbruk og fisk, særlig Lofotfiske, og en del fangst av kveite». «Hvem omgås De på stedet?» Svar: «Ingen».

Det kunne nok være en strevsommig jobb å være distriktslege nordpå, selv om min far likte seg godt i Hamarøy. Han snakket senere om begrepet «avspasering», som han mente var bare noe moderne tull!

Odd Storsæter

Trondheim

Ad legelicens for eldre leger

Jeg er 84 år, spesialist i indremedisin, og har etter sykehussarbeid vært tilsynslege ved et sykehjem i Verdal kommune siden 1996.

Fra 1.1. 2009 ble to fastleger beordret til sykehjemsarbeidet som jeg har utført tidligere, idet kommunen ønsket en fast og fremtidsrettet løsning.

Jeg er fortsatt fysisk og mentalt innstilt på å arbeide som lege, og den forestående helsereformen forutsetter jo at det blir større krav til akuttmedisinsk behandling ved de kommunale sykehjemmene. Den store mangelen på kvalifiserte leger til slikt arbeid burde bety at jeg fortsatt skulle ha lisens og arbeide i sykehjem.

Jeg beklager at denne situasjonen er oppstått. Og jeg finner ingen begrunnelse for å søke forlenget lisens nå når jeg ikke har fast timeregulert legearbeid.

Min tid er vel ute, men jeg skriver disse betraktninger til orientering og håper Legeforeningen nå tar stilling til denne saken.

Otto Bull

Levanger

Objektivt i Gaza

Støvet har ikke lagt seg etter det israelske angrepet på Gaza slik R.B. Petersen hevder (1). Den kollektive avstraffelsen opprettholdes med nådeløs blokade av 1,5 millioner palestinerne, hvorav 44 % er under 15 år og median alder er 17,4 år (2). Okkupasjonsmakten Israel nekter palestinerne grunnleggende menneskerettigheter som bevegelsesfrihet, gjenreiseing av et utbombet sivilsamfunn, forsyninger og skolegang. Det israelske overfallet kostet over 1 400 Gaza-palstinere livet, mens over 5 000 ble skadd. Nær 30 % av de drepte var barn under 18 år, mens 50 % av de skadede var kvinner og barn. 13 israelere ble drept, av dem ti militære. Ingen av de tre sivile drepte var barn.

De voldsomme israelske angrepene pågikk i 23 døgn. FN, Amnesty International og Den arabiske liga har lagt frem omfattende dokumentasjon på de israelske