

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. Sluttrapport 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 hypoteseoppfinner?

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 lægeforening 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 strevsom 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 palestiner, 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

krigshandlingenes uvanlige brutalitet og systematiske angrep på sivilbefolkningen og på sivile strukturer som vannforsyning, industri, matproduksjon, skoler, moskeer og helseinstitusjoner (3–5). Alt dette var i strid med internasjonal lov.

Vi opplevde konsekvensene av denne menneskeskapte katastrofen på nært hold under våre 12 døgn på Shifa-sykehuset i angrepets første fase. Vi tok parti for våre pasienter og den palestinske sivilbefolkningen. Vi svarte medier som ville snakke med oss, også de proisraelske.

Petersen kritiserer Trond Markestad og Tidsskriftets redaksjon, som han mener bør «la seg granske» av Legeföreningen (1). La oss bare slå fast at Tidsskriftet var i godt selskap. *The Lancet* publiserte raskt vår rapport fra Shifa-sykehuset og skrev dessuten en skarp leder som påpekte at det israelske angrepet på Gaza var uproposjonalt og representerte kollektiv straff, alt i strid med Genève-konvensjonen (6). Lederen understreket at legeföreninger som forholdt seg tause ble medskyldige i overgrep som kunne forebygges (7). *The Lancet* viste også en rekke av våre bilder av skadede palestinere på sine nettsider, langt flere og sterkere enn bildene Tidsskriftet publiserte.

Bildene av sivile palestinere med skader etter israelske angrep er brutale og opprørende. Petersen bør heller rette sin kritikk mot de israelske lederne som faktisk er ansvarlig for ødeleggelsene, ikke mot øyenvitnene, uansett hvilken politisk farge disse måtte ha. De som ønsker ytterligere informasjon, kan konsultere vår bok om Gaza (8).

Mads Gilbert
Tromsø

Erik Fosse
Oslo

Litteratur

1. Petersen RB. Krigen i Gaza og objektivitet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 2263–4.
2. Central Intelligence Agency (CIA). The world factbook: The Gaza Strip. www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/gz.html [2.12.2009].
3. Human rights in Palestine and other occupied Arab territories. Report of the United Nations Fact Finding Mission on the Gaza Conflict. www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/specialsession/9/docs/UNFFMGC_Report.pdf [2.12.2009].
4. Amnesty International. Israel/Gaza Operation «Cast lead»: 22 days of death and destruction. www.amnesty.org/en/library/info/MDE15/015/2009/en [2.12.2009].
5. Report of the Independent Fact Finding Committee On Gaza: No safe place. Presented to the League of Arab States 30 April 2009. www.lphr.org.uk/gaza2009/Report_IFFC_Gaza.pdf [2.12.2009].
6. Gilbert M, Fosse E. Inside Gaza's Al-Shifa hospital. *Lancet* 2009; 373: 200–2.
7. The medical conditions in Gaza. *Lancet* 2009; 373: 186.
8. Gilbert M, Fosse E. Øyne i Gaza. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2009.

Grunnløse konklusjoner fra Charlotte Haug

I en leder i Tidsskriftet nr. 16/2009 konkluderer redaktør Charlotte Haug med at vaksinen som legemiddelprodusentene nå utvikler mot ny influensa A(H1N1), vil ha liten effekt på sykkelighet og dødelighet hos de eldste og mest risikoutsatte i befolkningen (1).

Haug støtter seg på en rapport om sesonginfluensavaksiner fra Kunnskaps-senteret (2). Det overrasker oss at hun velger ut kun én rapport – og ekstrapolerer resultatene fra denne til en pandemisitua-sjon. Målsettingen med rapporten Haug viser til, var å sammenfatte systematiske oversikter der effekten av influensavaksine til eldre eller personer med kronisk sykdom var vurdert. Den aktuelle populasjonen for A(H1N1)-influensavaksinen er en annen enn den i Kunnskaps-senterets rapport.

Rapporten er hovedsakelig basert (97 %) på en studiepopulasjon hentet fra observa-sjonsstudier. Mange av disse er usikre når det gjelder sammensetningen av sammen-ligningsgruppene og inneholder ikke jus-terte analyser. Kunnskaps-senteret vurderer selv av den grunn disse studiene til å være av lav til svært lav kvalitet og at resultatet dermed er beheftet med stor usikkerhet. Dette gjentas flere steder i rapporten.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) har rapportert at alders-fordelingen hos dem som blir syke av ny influensa A(H1N1) er atypisk sammenliknet med gruppen som rammes av vanlig sesong-influensa. Det er en markert underrepresenta-sjon av infeksjoner hos eldre. I forhold til vanlig sesonginfluensa er det tre grupper skiller som seg ut når det gjelder sykkelighet og rapporterte dødsfall: voksne og barn med kroniske sykdommer og gravide (3, 4). Kom-plikasjoner ser også ut til å forekomme der det ikke er underliggende sykdom.

Kunnskaps-senteret har i andre oppsum-meringer og på sine hjemmesider konkludert med at beste tiltak for å forebygge influensa er vaksiner. Dette er i tråd med WHOs, ECDCs og norske fagmyndig-heters anbefalinger (5–7).

Erik Hjelvin
GlaxoSmithKline

Litteratur

1. Haug C. Frykt og forventninger. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 1619.
2. Helseeffekter av influensavaksine til eldre og kro-niske syke. Rapport nr. 12–2009. Oslo: Kunns-kaps-senteret, 2009.
3. ECDC INTERIM RISK ASSESSMENT. Human cases of influenza A(H1N1) v 12 June 2009. [http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Pages/Influenza_A\(H1N1\)_Risk_Assessment.aspx](http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Pages/Influenza_A(H1N1)_Risk_Assessment.aspx) (9.10.2009).
4. Hauge SH, Dudman SG, Borgen K et al. Sykdom forårsaket av nytt A(H1N1)-influensavirus. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 1736–9.
5. Effekt av oseltamivir (Tamiflu®) ved profylakse og behandling av influensa – implikasjoner for nasjo-nal beredskap mot pandemisk influensa. Rapport nr 1–2005. Oslo: Kunnskaps-senteret, 2005.

6. ECDC HEALTH EDUCATION. On the use of specific pandemic influenza vaccines http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Documents/0908_Influenza_AH1N1_On_the_use_of_specific_pandemic_influenza_vaccines.pdf (9.10.2009).
7. Helsedirektoratet. www.pandemi.no (9.10.2009).

Redaktøren svarer:

Jeg har naturligvis ikke trukket noen konklusjoner om effekten av svineinfluensa-vaksinen. Effekten på alvorlig sykkelighet og død av vaksinen mot ny influensa A (H1N1) vil vi ikke kunne si noe om før pandemien er over. Dessverre vil vi heller ikke da kunne si noe sikkert om effekten av vaksinen, fordi det ikke gjøres noe forsøk på å undersøke dette systematisk.

Det må bli opp til helsemyndighetene å begrunne hvorfor de nærmest uten forbehold anbefaler hele befolkningen å ta en helt ny vaksine. En slik begrunnelse kunne være at man på bakgrunn av tidligere forskning på effekt av influensavaksinering anså det som så sikkert at den ville ha en positiv effekt at det ville være uetisk å gjennomføre nye studier – selv om både viruset, vaksinen og risikogruppene er annerledes enn ved vanlig sesonginfluensa. Problemet er at det finnes svært lite god dokumentasjon på effekten av sesonginfluensavaksine. De fleste publiserte studier har vært av svært lav kvalitet. Her er jeg helt enig med Hjelvin fra GlaxoSmithKline. Jeg refererte til Kunnskaps-senterets rapport i min leder bl.a. for å henlede oppmerksomheten på den usikre og mangelfulle kunnskapen på dette området. Jeg støtter meg selvsagt ikke utelukkende på Kunnskaps-senterets rap-port, men på en rekke internasjonale artikler som har påpekt det samme (1–7).

Charlotte Haug
redaktør

Litteratur

1. Jefferson T. Influenza. *Clin Evid* [Online]; e-publi-sert 12.3.2009.
2. Jefferson T, Di Pietrantonj C, Debalini MG et al. Relation of study quality, concordance, take home message, funding, and impact in studies of influ-enza vaccines: systematic review. *BMJ* 2009; 338: b354. doi: 10.1136/bmj.b354.
3. Jefferson T, Di Pietrantonj C, Debalini MG et al. Inactivated influenza vaccines: methods, policies, and politics. *J Clin Epidemiol* 2009; 62: 677–86.
4. Fireman B, Lee J, Lewis N et al. Influenza vaccina-tion and mortality: differentiating vaccine effects from bias. *Am J Epidemiol* 2009; 170: 650–6.
5. Hirota Y, Fukushima W, Fujieda M et al. Essential tools for assessing influenza vaccine efficacy in improperly conducted studies: a Japanese per-spective. *Vaccine* 2008; 26: 6455–8.
6. Nelson JC, Jackson ML, Weiss NS et al. New strategies are needed to improve the accuracy of influenza vaccine effectiveness estimates among seniors. *J Clin Epidemiol* 2009; 62: 687–94.
7. Simonsen L, Viboud C, Taylor RJ et al. Influenza vaccination and mortality benefits: new insights, new opportunities. *Vaccine* 2009; 27: 6300–4.