

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 forsknings-sjef (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/](http://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 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 strevsamt 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