

Litteratur

1. Alstadhaug KB, Olavsen J, Salvesen R. Forekomst av multipel sklerose i Nordland 1970–99. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 431–3.
2. Swank R, Lerstad O, Strøm A et al. Multiple sclerosis in rural Norway. Its geographic and occupational incidence in relation to nutrition. New Engl J Med 1952; 246: 721–8.
3. Riddervold A. Konserveringsmetoder for kjøtt, fisk, ville bær og urter i forindustrielt norsk bondehushold. En analyse fra Skjerstad i Salten, Nordland. Magisteravhandling. Oslo: Institutt for folkelivsgransking, Universitetet i Oslo, 1978.
4. Solvang A. Kostholdsmessig analyse av matvareinnkjøp hos grupper av privathusholdninger 1977–1979 (melding 30). Oslo: Institutt for ernæringsforskning, Universitetet i Oslo, 1982.
5. Sepcic J, Mesaros E, Materljan E et al. Nutritional factors and multiple sclerosis in Gorski Kotar, Croatia. Neuroepidemiol 1993; 12: 234–40.
6. Geilenkeuser M, Griesenbeck K, Firnhaber W et al. The intake of defined meat products in multiple sclerosis (MS): a case-control study. J Neurol 2002; 249 (suppl 1): 204.
7. Knowles ME, Gilbert J, McWeeny DJ. Phenols in smoked, cured meats: nitrosation of phenols in liquid smoked and smoked bacon. J Sci Food Agr 1975; 26: 267–76.

Leger behøves i kampen mot fattigdom

Evner leger med millionen og mer i årsinntekt å ta livssituasjonen til fattige og sosialklienter på alvor? Hvor er legene når kampen mot fattigdom kjempes?

Mange leger får ikke betalt for sine tjenester fordi pasienten er fattig, lavtlønnet, sosialklient eller på lav trygdesats. Fattige og sosialklienter opplever at ubetalte legekonsultasjoner havner hos inkassobyråene, og at legene derfor avslår konsultasjon. Hvorfor gjør ikke legene mer for å forbedre fattige og sosialklienters livssituasjon? Hvorfor bryr ikke leger seg mer der mangel på tilstrekkelig sosialstøtte frarøver alminnelig livsdeltakelse, livskvalitet og helse? Sosialstøtte skal være en midlertidig ordning for hjelp til selvhjelp. Flere år på sosialstøttens umyndiggjørende eksistensminimum hjernevasker fattige og sosialklienter til å tro at de ikke er noe verdt. Vissheten om at de ikke duger, blir integrert.

Nylig avholdt arbeids- og inkluderingsminister Bjarne Håkon Hanssen en høring om fattigdom. Der kom det frem at noen har sosialstøtte som eneste inntektsgrunnlag i 10–15 år uten at helsepersonell eller myndigheter griper inn. Namsmannens norm for livsopphold er kr 7 710 per måned for enslig ved gjeldsordning i fem år. Sosialstøtten er ca. kr 4 100. Statens institutt for forbruksforskning har i mange år forgieves anbefalt økning av sosialsatsene med flere tusen kroner uten at noe har skjedd. Fra faglig hold er det hevdet at lave trygdeytelser og sosialstøtte ikke er incentiver for å få fattige i lønnet arbeid. Pengemangel går ut over jobbsøkeraktiviteten og øker risikoen for psykiske plager, som vanskeliggjør jobbsøk.

Leger kan bli involvert i fattiges og sosialklienters livssituasjon når legen blir tilkalt av sosialkontoret fordi klienter bryter sammen i «sjokk». Fortvilede fattige oppsøker leger i krisesituasjoner for hjelp når

offentlig forvaltning har avslått søknad om nødvendig støtte for et verdig liv. Heldigvis møter de fleste leger fattige med respekt, verdighet og velvilje. Men er det lettere å ha tillit til ansatte i forvaltningen enn til pasienten, den fattige sosialklienten?

I FNs internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter har Norge «anerkjent retten for enhver til å ha den høyest oppnåelige helsestandard både i fysisk og psykisk henseende» og «skape vilkår som trygger alle legebehandlinger og pleie under sykdom». Sistnevnte ivaretar behandling også der pasienten ikke kan betale pga. fattigdom. Norge er forpliktet gjennom Grunnloven § 110c å følge FNs menneskerettigheter. Norske jurister har opprettet en interessegruppe for menneskerettigheter. Norske leger oppfordres herved på sin måte å bidra i kampen mot fattigdom og til å fremme menneskerettigheter i Norge.

Liv Serine Helgesen
Oslo

Herlig, herlig – men farlig, farlig

I en artikkel publisert på Tidsskriftets nettsider under overskriften *Granateple er godt og sunt* skriver Erlend Hem om – ja, nettopp dette (1). Innholdet gjentas så i Tidsskriftet nr. 3/2006 (2). Ekstrakt av granateple (punica granatum) har vist seg å ha gunstig effekt ved aterosklerose og stressindusert myokardiskemi og har hemmet veksten av prostatakreft hos mus. Granateplets høye innhold av antioksidanter trekkes frem som sannsynlig årsak til de positive effektene ved inntak av denne frukten. Granatepler og granateplejuice selges i dagligvare- og helsekostbutikker.

Kostholdet er viktig, både for psykisk og fysisk helse. At frukt og grønt er sunt, bestrides på ingen måte. Ved en eventuell anbefaling er det viktig å minne om at bruk av naturmidler ikke alltid er risikofritt. I enkelte tilfeller kan det være forbundet med bivirkninger og i ytterste konsekvens helsefare.

Granateple har vært vist å være en potent hemmer av enzymet cytochrom P450 3A4 (CYP3A4) (3). Dette enzymet er involvert i nedbrytningen av over halvparten av alle markedsførte legemidler, herunder viktige legemidler i behandlingen av psykiske lidelser og hjerte- og karlidelser. Eksempler er mirtazapin, risperidon, quetiapin, simvastatin, atorvastatin, verapamil og amlodipin. En hemming av dette enzymet vil gi nedsatt omsetning av legemidlene og med det høyere legemiddelkonsentrasjon i serum. Dette vil igjen føre til økt risiko for bivirkninger og i verste fall alvorlige intoksikasjoner.

Granateplejuice er ikke det eneste naturmidlet som gir interaksjoner med lege-

midler. Effekten av johannesurt (hypericum perforatum, prikkperikum) er dokumentert ved mild og moderat depresjon (4). Johannesurt *induserer*, dvs. øker nivået av, flere CYP- enzymer, blant annet CYP3A4. Dette vil igjen kunne gi redusert serumkonsentrasjon og effekt av en rekke legemidler, herunder flere brukt mot depresjon. Andre naturmidler som kan påvirke legemiddelomsetningen ved å *hemme* CYP- enzymer, er tempeltre (ginkgo biloba), grapefruktjuice, stjernefrukt (averroa carambola) og rød solhatt (echinacea purpurea). Bruk av disse preparatene kan gi bivirknings- og intoksikasjonsrisiko (5).

Bruk av helsekost og naturmidler er vanlig. Det er viktig å huske at enkelte av disse preparatene kan ha betydelig evne til å påvirke omsetningen av legemidler. Granateple kan tjene som en påminnelse om at naturmidler, i likhet med legemidler, ikke kan anbefales uten overveielse av bivirknings- og interaksjonsfare.

Dag Kristen Solberg
Psykofarmakologisk avdeling
Diakonhjemmet sykehus

Litteratur

1. Hem E. Granateple er godt og sunt. www.tidsskriftet.no/pls/its/pa_lt_visNlyhet?vp_id=9999 (31.1.2006).
2. Granateple ved prostatakreft? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 283.
3. Hidaka M, Okumura M, Fujita K et al. Effects of pomegranate juice of human cytochrome P450 3A4 (CYP 3A) and carbamazepine pharmacokinetics in rats. Drug Metab Dispos 2005; 33: 644–8.
4. Szegedi A, Kohnen R, Dienel A et al. Acute treatment of moderate to severe depression with hypericum extract WS 5570 (St John's wort): randomised controlled double blind non-inferiority trial versus paroxetine. BMJ 2005; 330: 503.
5. Åsberg A, Paulsen B, Hartmann A. Helsekost, naturmidler og naturlegemidler. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift 2005; nr. 3: 13–7.

Bring doktorgradene tilbake til Tidsskriftet!

Gjennom flere år har doktoranders presentasjoner av egne avhandlinger vært blant min kjæreste lesing i Tidsskriftet. Dette har vært en måte å fange opp viktige hendelser på forskningsfronten innen hele medisinen. Jeg har også satt pris på den kollegiale informasjonen som har ligget i disse presentasjonene; det har vært artig å holde seg oppdatert om en del kollegers faglige bravader på denne måten. Jeg tror muligheten til å lese om kollegers forskningsinnsats på tvers av spesialitetene har bidratt til å styrke samfølelsen blant leger.

Nå er det slutt. Fra og med Tidsskriftet nr. 7/2005 er omtalene hevet ut av bladet, og i stedet velger Tidsskriftets redaksjon ut enkelte avhandlinger og lager nyhetspresentasjoner av disse (1). Dette anser jeg som et vesentlig tilbakeskritt. Selv om det på Tidsskriftets nettsider heter at «doktoravhandlingene løftes frem og får en mer sentral plass

i bladet», så er det jo det motsatte som har funnet sted. Det er blitt annonsert at lister over medisinskrelaterte doktoravhandlinger skal trykkes under Medisinsk nytt, men dette ser ikke ut til å være lett å gjennomføre.

Det er ikke angitt noen begrunnelse for å slutte å trykke doktorandenes sammen- drag av avhandlingene. Har det vært foretatt leserundersøkelser som viser at disse ikke blir lest? Jeg kan forstå at det økende antall doktoravhandlinger kan gjøre det vanskelig å finne plass. Ifølge NIFU STEP Studier av innovasjon, forskning og utdanning ble det i 2004 avlagt 189 medisinske doktorgrader, i første halvår av 2005 var antallet 126 (2). Ettersom Tidsskriftet utkommer med 24 nummer i året, vil dette kreve om lag ti omtaler per nummer. Dette bør kunne få plass på én side, som ikke er mye mer enn det som brukes på å trykke listen over medisinske fagmedarbeidere i hvert eneste nummer. Disse fortjener sikkert sitt navn på trykk, men dersom det er mangel på spalteplass, er kanskje en gang i året tilstrekkelig i denne sammenheng?

Trygve Holmøy

Ullevål universitetssykehus
og
Rikshospitalet-Radiumhospitalet

Litteratur

1. Bjerkestrand S. Ny presentasjonsform for doktoravhandlinger i Tidsskriftet. www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA_LT.visnyhet?vp_id=7503 (10.1.2006).
2. NIFU STEP. Doktorgrader i tall. September 2005. www.nifustep.no/norsk/innhold/statistikk/doktorgradsstatistikk (12.1.2006).

Tidsskriftet svarer:

Omtaler av doktorgrader er viktig stoff i Tidsskriftet. Vi ønsket å markere dette da stoffet ble flyttet forover i bladet fra nr. 7/2005. Nye doktoravhandlinger ble dermed løftet frem og gitt en mer sentral plass både i trykt versjon og på nettsidene våre (1). En stor og viktig del av norsk medisinsk forskning utføres av doktorgradsstipendiater, og vi håpet den nye presentasjonsformen ville bidra til økt interesse både for arbeidet og for forskningen.

Tidsskriftet hadde i en årrekke publisert spontant innsendte sammendrag av doktor-

avhandlinger. Imidlertid har ikke alle doktorander sendt inn slike. Tanken var derfor å presentere et utvalg avhandlinger, samtidig som flere medisinske og medisinskrelaterte doktorgrader ville bli nevnt i spalten. Aller helst hadde vi sett at den «nye» spalten ville presentere alle norske doktorgrader med medisinsk relevans. Vi kontaktet derfor de medisinske fakultetene i forkant for å forsikre oss om at vi skulle få tilsendt oppdaterte og fullstendige lister over nye doktorander. Dette har vist seg vanskelig å få gjennomført. Samtidig har vi opplevd at stoffet er krevende å presentere.

Med bakgrunn i disse erfaringene har vi gjort flere ting. Nye fremstøt overfor de medisinske fakultetene vil forhåpentlig gi bedre og mer fullstendige lister enn vi har hatt hittil. Slike oversikter vil nå bli plassert

i spalten Oss imellom. Vi ønsker at de bredere doktorgradspresentasjonene skal beholde sin fremskutte plass foran i bladet og har derfor tilført flere ressurser til denne spalten. Dermed vil omtalen av nye norske doktorgrader være plassert sammen med spaltene Norsk forskning og Medisinsk nytt. Til sammen vil disse fylle fem trykksider i hvert nummer med spennende nyheter fra medisinsk forskning, som vi håper leserne vil sette pris på.

Erlend Hem

Tidsskriftet

Litteratur

1. Hem E. Hva driver norske forskere med? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 865.

■ RETTELSE

Medisinsk-faglige vurderinger i tilsynssaker mot allmennleger

Svein Z. Bratland, Steinar Hunsbår

Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 166–9

I nr. 2/06, s. 168 har to kolonneoverskrifter byttet plass i tabell 2. Riktig tabell er:

Tabell 2 Fordeling av diagnosegrupper

Diagnose	Reaksjon			Sum
	Ingen	Uformell	Formell	
Koronar hjertesykdom	6	1	9	16
Cerebrovaskulær sykdom	10	5	1	16
Gastrointestinal sykdom	11	4	1	16
Kreft	6	6	1	13
Psykatri/legemiddelavhengighet	7	3	2	12
Infeksjoner	4	2	2	8
Svangerskap/endokrin sykdom	2	1	3	6
Tromboemboli	4	2	0	6
Muskel- og skjelettsykdom	2	2	2	6
Luftveissykdom	0	1	3	4
Andre	2	1	1	4
Sum	54	28	25	107