



Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes til tidskriftet@legeforeningen.no

Blødning etter fødsel og rutinemessig profylakse

Åshild Bjørnerem og medarbeidere viser i Tidsskriftet nr. 26/2002 at halvparten av fødeinstitusjonene i Norge gir rutinemessig oksytocinprofylakse (1). På grunnlag av andre studier (2, 3) konkluderer forfatterne med at alle fødeinstitusjoner i Norge bør tilby rutinemessig medikamentell blødningsprofylakse.

Vi er uenig i måten resultatene fra studiene blir tolket på. Det hevdes at en Cochrane-metaanalyse (2) viste at rutinemessig blødningsprofylakse i form av uteruskontraherende medikamenter reduserte forekomsten av blødning og bruk av blodtransfusjon, men i denne metaanalysen sammenliknes aktiv håndtering av etterbyrdsfasen med avventende håndtering. Aktiv håndtering innebærer uteruskontraherende medikament, tidlig avnavling og kontrollert trekk i navlesnoren. Effekten må tilskrives «hele pakken» aktiv håndtering sammenliknet med ingen behandling.

Halvparten av norske fødeinstitusjoner gir allerede rutinemessig oksytocinprofylakse, og vi antar at de fleste av de øvrige gir selektiv profylakse. Eggebø & Gjessing (4) fant at rutinemessig profylakse gav en gjennomsnittlig blødningsreduksjon på 24 ml, og andel blødninger over 500 ml ble redusert med 1,2 prosentpoeng og andel blødninger over 1 500 ml med 0,3 prosentpoeng i forhold til selektiv profylakse

Ifølge Bjørnerem og medarbeidere viste en svensk studie (3) at ved rutinemessig profylakse unngås en blødning post partum på over 800 ml for hver 16. injeksjon i forhold til selektiv profylakse. Det stemmer ikke. Studien sammenlikner profylakse (10 IE oksytocin) med placebo (fysiologisk saltvann). Man skal være forsiktig med å trekke konklusjoner fra ikke-randomiserte studier, men hvis vi bruker tall fra Eggebø & Gjessings undersøkelse (4), finner vi at man må gi 83 injeksjoner for å unngå én blødning over 500 ml og 333 injeksjoner for å unngå én blødning over 1 500 ml ved å bruke rutinemessig fremfor selektiv oksytocinprofylakse.

Vi mener at det ikke foreligger tilstrekkelig dokumentasjon for å hevde at rutinemessig

profylakse har fordeler fremfor selektiv profylakse. Derimot har vi dokumentasjon for å hevde at rutinemessig profylakse er bedre enn ingen profylakse. Vi behøver randomiserte studier som sammenlikner rutinemessig profylakse med selektiv profylakse, før det gis anbefalinger til norske fødeinstitusjoner.

Ved Alta fødestue gis selektiv profylakse. I tidsrommet 1.1. 2000–7.11. 2002 var det 333 fødsler ved fødestuen. 11 kvinner (3,3 %) blødde mer enn 500 ml (overjordmor Liss Gundersen, personlig meddelelse). Tilsvarende tall for hele landet i 2000 var 12,2 % (5). Dette kan tyde på at det er forsvarelig å tilby selektiv profylakse til kvinner som på forhånd ikke har forhøyet risiko for post partum-blødning.

**Ellen Blix
Kåre Augensen**
Hammerfest

Litteratur

1. Bjørnerem Å, Acharya G, Øian P, Maltau JM. Blødning post partum – profylakse og behandling i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2536–7.
2. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software, 2002.
3. Nordström L, Fogelstam K, Fridman G, Larsson A, Ryhdstrom H. Routine oxytocin in the third stage of labour: a placebo controlled randomised trial. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104: 781–6.
4. Eggebø TM, Gjessing LK. Blødning etter fødsel. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2860–3.
5. Medisinsk fødselsregister. Årsmelding 2000. www.uib.no/mfr (7.11.2002).

Å. Bjørnerem og medarbeidere svarer:

Vi takker for kommentaren. Innlegget gir ikke grunn til å endre vår anbefaling om at alle fødeinstitusjoner bør tilby rutinemessig medikamentell blødningsprofylakse. På landsbasis vil en slik rutine, gjerne sammen med øvrig aktiv håndtering slik det er presisert i Cochrane-oversikten, spare et antall kvinner for stor blødning og ikke minst blodtransfusjon. Sistnevnte argument er tungtveiende. Det moderate antall injeksjoner som må til for å unngå en stor blødning, er en mindre ulempe sett i forhold til forventet gevinst. De kliniske motforestillinger og bivirkningene er minimale.

Nytten av profylakse til fødende med kjent risikofaktor for økt blødning post partum er godt dokumentert. Data fra Cochrane (1)

viser at aktiv håndtering reduserer risikoen for blødning også hos kvinner uten kjent risiko. Selektiv profylakse betyr at disse kvinnene går glipp av denne gevinsten.

Vi er enige i at randomiserte studier der man sammenlikner rutinemessig profylakse med selektiv profylakse hadde vært ønskelig, men kriterier for selektiv profylakse er vanskelig å definere og praktiseres høyst forskjellig. Selv om man alltid kan ønske større og bedre randomiserte undersøkelser, er dette ikke noe argument mot rutinemessig bruk av oksytocin.

Blix & Augensen nevner resultater ved Alta fødestue. Nettopp ved de minste fødeinstitusjonene med begrenset mulighet for å takle alvorlige komplikasjoner er optimal blødningsprofylakse særlig viktig. Dette er således et argument for rutinemessig medikamentell profylakse.

**Åshild Bjørnerem
Ganesh Acharya
Pål Øian
Jan Martin Maltau**
Tromsø

Litteratur

1. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software, 2002.

Sengebehovet i medisinske avdelinger

I Tidsskriftet nr. 27/2002 har Torgeir Bruun Wyller en leder om sengebehovet ved medisinske avdelinger (1). Det er et viktig tema. I den offentlige debatt har ventelistene overdøvet spørsmålet om korridorpatientene. Overbelegget er kanskje sykehusenes viktigste kapasitetsproblem. Wyller kritiserer Helse Øst for ikke å ha forstått disse problemene. Jeg kjenner ikke strategien til Helse Øst, men nedleggelsen av det geriatriiske tilbudet ved Akershus Universitetssykehus tyder på at Wyllers kritikk er berettiget.

Det hadde vært hyggelig om Wyller hadde referert til Helse Sør. Der legges nå siste hånd på viktige dokumenter fra den brede strategiprosessen som er kalt Resept 2006. Arbeidsgruppen som har behandlet behov og kapasitet har diskutert de indremedisinske kapasitetsproblemerkene grundig. Det

pekes på at Norge i dag mangler 500 indremedisinske senger hvis beleggsprosenten skal ned til 85 slik at korridorpasientproblemet elimineres (2). Det vil bety om lag 125 senger i Helse Sør. Innleggelsene i de medisinske avdelingene vil fortsatt øke, kanskje med 6 % årlig. En generell heving av terskelen for innleggelse vil sannsynligvis hovedsakelig ramme gamle, skrøpelige pasienter. For denne gruppen er diagnostikk og behandling spesielt krevende (3). Mange kan oppnå betydelige helsegevinster ved tilrettelagt sykehusbehandling (4). De medisinske avdelingene må derfor fortsatt ha en lav terskel for innleggelse. Innstillingen peker på to måter å møte problemene på. Det ene er spesialisering. 15 % av sengene ved de seksjonerte indremedisinske avdelingene bør være for akutt og subakutt geriatri. Dernest bør sykehusene aktivt støtte første- og annenlinjetjenesten opprustning av medisinsk etterbehandling, rehabilitering, terminal omsorg og palliativ medisin. Liggetiden i sykehus bør være kort, også for de gamle pasientene. Men veien videre må være smidig og uten hindere.

Det er diskutert hvordan en god samsone mellom første- og annenlinjetjenesten kan etableres. Det anbefales at det inngås avtaler om samarbeid, men ikke byråkratiske ordninger med betaling for «ferdigbehandlede» pasienter. Samarbeidskonsulenter, fagfolk fra kommunene, ansatt i små stillinger ved sykehusene, kan sørge for kontinuerlig forbedringsarbeid i samsonen. Ambulant geriatri og faglig støtte til sykehjemsmedisin er andre viktige tiltak. Lærings- og mestringskonseptet er vesentlig ved kronisk sykdom og bør styrkes.

Det gjenstår å se hvilket gjennomslag planene får. Det avhenger blant annet av hvordan tjenester tilpasset gamle og kronisk syke prissettes i finansieringssystemet. Men så langt er Helse Sør på linje med Tidsskriftets lederartikkel (5).

Pål Friis
Kristiansand

Litteratur

1. Wyller TB. Sengebehov og tallakrobatikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2591.
2. Sengekapasitet og kapasitetsutnyttelse ved somatiske sykehus i Norge. Oslo: Statens helsetilsyn, 2001.
3. Gamle i sykehus. Oslo: Statens helsetilsyn, 1998.
4. Saltvedt I, Mo ES, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O. Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. J Am Geriatr Soc 2002; 50: 792–8.
5. www.helse-sor.no

T.B. Wyller svarer:

Jeg er lei for at jeg ikke nevnte Helse Sørs strategi, men ingen detaljer fra denne var – så vidt jeg kunne se – tilgjengelige på Internett da artikkelen gikk i trykken. Jeg tror

derfor jeg har mitt på det tørre i min antakelse om at Helse Øst var det første regionale helseforetaket til å presentere en overordnet strategi, og at denne som sådan var vel verd å kommentere.

Det er gledelig at Helse Sør ser ut til å ha gått inn i problemene rundt indremedisinsk sengekapasitet på en langt grundigere måte enn Helse Øst, og jeg vil takke Pål Friis for at han gjør oppmerksom på det. Som Friis også påpeker, så gjenstår det naturligvis å se om styre og administrasjon i Helse Sør evner å holde fast ved de gode forsettene når planer skal konkretiseres, og lojaliteten mot pasientene og deres behov skal veies opp mot lojaliteten til sykehuseierne og deres krav om budsjett disiplin.

Styreflertallet i Helse Øst har nylig signalisert hvor deres primære lojalitet ligger. Det er ikke hos pasientene (1).

Torgeir Bruun Wyller
Oslo

Litteratur

1. Helse Øst skal ha en drift i balanse i 2003. www.helse-ost.no/nyheter/dbaFile9876.html (1.12.2002).

Sprikende om ikke-medikamentell profylakse mot malaria

Hans Blystad fra Nasjonalt folkehelseinstitutt slo våren 2002 fast i MSIS-rapport for uke 13 at beskyttelse mot myggestikk er den beste malariaprofylakse (1). I den nye veilederen i malariaprofylakse fra Folkehelseinstituttet gjentas dette (2). Der anbefales som førstevalg myggmidler inneholdende 20 % DEET eller mer. I et førstesideoppslag i Dagbladet i sommer var det løse revne sitater om konsentrasjonsavhengig farlighet av DEET-holdige myggmidler (3), med Giftnormasjonssentralen, Statens forurensningstilsyn og Folkehelseinstituttet som kilder. I MSIS-rapport for uke 44 kom det så en kort, usignert kommentar (4), hvor det bes om at anbefalinger på myggmidler med høyere DEET-konsentrasjon enn 20 % strykes fra veiledningsheftet om malariaforebygging.

I juni 2002 ble det publisert en større oversiktsartikkel med lederkommentar i *The New England Journal of Medicine* (5, 6), der det ble fremhevet grundig dokumentert sikkerhet og kostnadseffektivitet av nettopp DEET-holdige midler i kampen mot mygg- og flåttbårne sykdommer. Det ble bl.a. vist til USA, der Environmental Protection Agency i sin reviderte gjennomgang av tilgjengelig materiale om DEET-toksisitet har konkludert med at normal bruk av stoffet ikke innebærer helsefare for mennesker. Det påpekes at det ikke er dokumentert sammenheng mellom konsentrasjon og toksisitet.

Det anbefales videre at personer som er høyekspontert for mygg og flått i USA, bør bruke myggmidler med 35 % DEET eller mer, da det er effektivitetsgradienter i felten – høy temperatur, luftfuktighet, svette og regn reduserer holdbarheten av applisert repellent på huden (5, 6). Vi velger å forholde oss til denne dokumentasjonen.

Vi tror ikke en 23 år gammel student på trekkingtur i jungelområdene i Nord-Thailand eller på elvetur ned Zambesi-floden vil reapplisere sin 20 % DEET-aerosol hvert 45–60 minutt etter hvert som den fordampes eller renner vekk. Etterlevelsen vil aldri bli så god.

Vi vil fortsatt anbefale reisende til høyrisikoområder for malaria og denguefeber vannbestandige, langtidsvirkende, polymerbaserte DEET-midler eller DEET-aerosoler med høy konsentrasjon og dertil lengre virkningstid og bedre effekt.

Når Folkehelseinstituttet nå endrer sine anbefalinger i sin veileder i malariaprofylakse, ber vi om dokumentasjon på følgende tre enkle spørsmål:

- Er 20 % DEET-holdige midler tilstrekkelig myggprofylakse i feltsituasjoner i tropiske og subtropiske strøk?
- Sitter Folkehelseinstituttet på dokumentasjon som viser at DEET-toksisitet er konsentrasjonsavhengig?
- Er konklusjonene til Environmental Protection Agency i USA feil?

Ole Rysstad
Holgeir Skjeie
Vaksineklinikk
Kristiansand

Litteratur

1. Blystad H, Løvøll Ø. Malaria importert til Norge. MSIS-rapport 2002; 30: 13.
2. Forebygging av malaria hos reisende. Smittevern nr. 6, 2002. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2002.
3. Figved S. SFT advarer mot gift i myggmidler. Dagbladet 20.7.2002.
4. Forebygging av malaria hos reisende (rettelse). MSIS-rapport 2002; 30: 44.
5. Fradin MS, Day JF. Comparable efficacy of insect repellants against mosquito bites. N Engl J Med 2002; 2002: 347: 13–8.
6. Pollack RJ, Kiszewski AE, Spielman A. Repelling mosquitos. N Engl J Med 2002; 347: 2–3.

Siklerot ved Sjögrens syndrom

Sjögrens syndrom er en relativt vanlig autoimmun bindevævssykdom (1). De mest plagsomme symptomene er tørrhet i øyne, munnhule og genitalia. Pilokarpin er et naturlig alkaloid fra en søramerikansk busk, *Pilocarpus jaborandi*, kalt sikleplante av tupiindianerne i Brasil (2, 3). Pilokarpinhydroklorid 5 mg tabletter har vært tilgjengelige i USA siden 1994 og i Sverige siden 1997 og skal ifølge litteraturen ha lite bivirkninger (svette, magebesvær). Kontraindikasjoner er trangvinkelglaukom,