

Dessverre viser det seg at ikke alle har fått endret teksten. Vi tar dette opp igjen, og vil ha teksten endret ved første anledning.

Oslo

Holger Moe Tørisen  
redaktør  
Felleskatalogen AS

## Mistanke om stort foster i siste del av svangerskapet – et vanskelig problem

Kjell Haram og medarbeidere hadde i Tidsskriftet nr. 11/2001 (1) en interessant artikkel om en viktig problemstilling i vår kliniske hverdag, nemlig vaginal fødsel kontra keisersnitt ved antatt stort foster. Artikkelen begrenser imidlertid problemstillingen til vanskelig skulderforløsning og skade på barnet i form av plexus brachialis-parese som følge av makrosomi. Dette er etter mitt skjønn altfor snevert. Forfatterne har ikke i det hele tatt omtalt hensynet til den fødende kvinnens bekkenbunn.

Store barn er assosiert med langvarige og traumatiske fødsler. Traume kan oppstå ikke bare hos barnet, men også på bekkenbunnens bindevev, muskulatur og nerver hos mor. Resultatet kan bli dramatisk for kvinnen med urininkontinens, analinkontinens og annen bekkenbunnsdysfunksjon som følge (2, 3). Fistler oppstår heldigvis svært sjelden. Skaden kan følge kvinnen hele resten av livet og kan i mange tilfeller ikke kureres fullstendig, selv med operativ behandling. Disse skadene kan i stor grad forebygges ved keisersnitt. Når vaginal fødsel velges, er god fødselshjelp og bruk av vakuumsug fremfor tang ved instrumentell forløsning også viktig for å beskytte bekkenbunnen (2–4).

Vi skylder våre fødende kvinner som har antatt stort foster en helhetlig vurdering av risiko og fordeler knyttet til forløsningsmetode. Slett ikke alle store barn skal fødes ved keisersnitt, men det er relevant å ta hensyn til den fødende kvinnen i tillegg til fosteret og derfor anbefale keisersnitt i en del tilfeller der fødselen kan antas å gi stor belastning på bekkenbunnen (2, 3).

Tønsberg

Hjalmar Schiøtz

### Litteratur

1. Haram K, Bergsjø P, Pirhonen J. Mistanke om stort foster i siste del av svangerskapet – et vanskelig problem. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1369–73.
2. Handa VL, Harris TA, Ostergard DR. Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol 1996; 88: 470–8.
3. Sultan AH, Stanton SL. Preserving the pelvic floor and perineum during childbirth – elective caesarean section? Br J Obstet Gynaecol 1996; 103: 731–4.
4. Johanson RB, Menon BKV. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery (Cochrane review). The Cochrane Library 2, 2001. Oxford: Update Software, 2001.

## Kasuistisk rapport om Lamotrigin

I Tidsskriftet nr. 12/2001 har Ulrik Fredrik Malt & Terje Fladvad en kasuistisk artikkel om Lamotrigin i behandlingen av psykiatriske lidelser (1). Stemningsstabiliserende medikasjon med litium eller antiepileptika er velbegrunnede terapier med dokumentert innflytelse på pasienters prognose. Det er mulig å gjennomføre slik terapi på en kostnadseffektiv måte med typiske medikamentkostnader på kr 2,50 (600 mg karbamazepin) til kr 4,00 (210 mg litium) daglig.

Lamotrigin er et nytt svært kostbart anti-epileptikum med en pris på kr 27–52 daglig (dosene oppgitt i artikkelen). I den omtalte artikkel refereres tre kasuistikker med gunstig utfall hvor det bare i ett tilfelle var forsøkt annen stemningsstabiliserende medikasjon for pasienten fikk lamotrigin.

I artikkelen refereres tre publikasjoner der legemidlet er testet mot placebo. Der refereres ingen studier der midlet er testet mot eksisterende og kostnadseffektiv medikasjon. Tabell 1 inneholder ikke litium som er et aktuelt alternativ ved de indikasjoner artikkelen omtaler. Følgelig er tabellen i artikkelen lite egnet til å tjene som utgangspunkt for terapivalg. Ifølge forfatterne godtgjøres ikke medikamentet etter punkt 18 i refusjonsreglene. Forfatterne spekulerer imidlertid i artikkelen åpenlyst over på hvilken måte punkt 7 i refusjonsreglene kan benyttes. De skriver: «Mange vil hevde at bipolare lidelser uten EEG-dysrytmi eller andre nevrologiske funn er psykiatriske manifestasjoner og derfor burde falle inn under p 7 og ikke p 18.» For å belegge dette standpunkt refererer forfatterne til seg selv (2).

I underteksten til artikkelen fremgår det at førsteforfatteren av artikkelen har mottatt honorar av GSM, som markedsfører lamotrigin i Norge. Det tjener Tidsskriftet til ære at slike bindinger synliggjøres for leserne. Spørsmålet er imidlertid: Burde ikke redaksjonen ha spart leserne for en artikkel med slik mangelfull vitenskapelig substans og med slike usmakelige oppfordringer om å omgå refusjonsreglene?

Bergen

Eivind Meland  
førsteamanuensis  
Seksjon for allmennmedisin  
Universitetet i Bergen

### Litteratur

1. Malt UF, Fladvad T. Lamotrigin i behandling av psykiatriske lidelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1473–7.
2. Malt UF, Årslund D, Lund A. Biologisk psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.

## Johannesurt og depresjon

I spalten Legemidler i praksis i nr. 13/2001 omtalte jeg bruk av johannesurt ved depresjon (1). Kort tid før bladet gikk i trykken ble

en ny undersøkelse om emnet publisert (2). Denne studien, som er støttet av Pfizer, er den største placebokontrollerte studien av johannesurt til nå. Den setter vesentlige spørsmålsteget ved effekten. Forfatterne har i kontakt med mediene ikke lagt skjul på at deres motivasjon var å avkrefte at johannesurt hadde effekt, men dette er helt legitimt. Man brukte en relevant dose av et godt dokumentert johannesurtekstrakt som også er blitt brukt i mange studier som har vist effekt. De inkluderte pasientene hadde en gjennomsnittlig skåre på Hamiltons depresjonsskala på ca. 22. I ulike studier der man har vist effekt, har dette tallet også vært rundt 20. Tiden vil vise om diskrepansen mellom denne og tidligere studier kan forklares med mangelfull design av de tidligere arbeidene, eller om vi kan ha å gjøre med publikasjonsbias.

Bergen

Erik Pomp

### Litteratur

1. Pomp E. Johannesurt. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1608–9.
2. Shelton RC, Keller MB, Gelenberg A, Dunner DL, Hirschfeld R, Thase ME et al. Effectiveness of St John's wort in major depression. A randomised controlled trial. JAMA 2001; 285: 1978–86.

## Svabø tar feil om legeyrket

Legeforeningens generalsekretær Harry Martin Svabø fremholder i sitt tilsvarende (1) til mitt forrige innlegg i Tidsskriftet nr. 11/2001 (2) at det er vanskelig å sammenlikne epler og pærer når det gjelder å vurdere legenes lønnsnivå i forhold til andre gruppers lønn. La oss derfor heller enn å sammenlikne epler og pærer sammenlikne timelønn. I Bergens Tidende leste jeg nylig at montørene i Aker Elektro Bergen tjener kr 183 per time. Dette er mer enn en overlege i lønnstrinn 52, som har kr 176 per time. Dette sier dessverre *alt* om offentlig ansatte legers lønnsutvikling gjennom mange år. Kan Svabø vennligst fortelle Tidsskriftets lesere hvorfor man skal bli overlege eller kommunelege til kr 176 per time, når en 19 år gammel montør uten studielån tjener kr 183 per time?

Hovedproblemet er at lønnsdannelsen i offentlig sektor finner sted gjennom kronetillegg istedenfor prosenttillegg. Når denne modellen for lønnsstillegg brukes hvert eneste år i 20 år, blir offentlig ansatte akademikerer lønn til slutt helt utradert, slik vi nå ser.

I år får alle i offentlig sektor et årslønnsstillegg på kr 2 100 eller cirka 0,7 %. Samtidig er inflasjonen nå 3,7 % i året. Legene får dermed en reallønnsnedgang på 3 % i år. Hva synes Svabø om dette?

Riktignok skal det være lokale lønnsforhandlinger til høsten, men der får legene erfaringsmessig ingenting.

Jeg har ingen tro på at legenes relative lønnsutvikling blir annerledes de kommende