

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 annenlinjetjenestens 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 myggstikk 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 løsevne sitater om konsentrasjonsavhengig farlighet av DEET-holdige myggmidler (3), med Giftinformasjonssentralen, 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 høyeksponert 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
Vaksineklinikken
Kristiansand

Litteratur

1. Blystad H, Løvoll 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 bindevevssykdom (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,

akutt iritt, ukontrollert hjerte-/nyresykdom og ukontrollert astma (2).

Jeg har nylig behandlet en pasient med Sjögrens syndrom med pilokarpin hydroklorid. Pasienten, en 64 år gammel mann, hadde hatt betydelig og tiltakende plager av munn- og øyetørrehet i minst ti år. Siste tre år hadde han hatt smerter i munnhulen på grunn av ulcerasjoner og store vansker med å ta til seg varm og krydret mat. Han hadde hatt flere candidainfeksjoner, og fikk diagnostisert Sjögrens syndrom og oral lichen planus i 1998 ved Odontologisk fakultet, Universitetet i Oslo. Han ble senere behandlet med bl.a. Fungizone sugetabletter, Flux sugetabletter, munnspray og Viscotears, med liten effekt, og hadde prøvd flere prednisolonkurer.

Ved klinisk undersøkelse 15.3. 2002 fantes lett injiserte øyeslimhinner bilateralt, tørre, injiserte slimhinner i munnhulen og forandringer som ved lichen planus på innsiden av begge kinn, samt ulcerasjoner lateralt på begge sider av tungen med hvitlig belegg i bunnen og multiple, små ulcerasjoner i andre deler av munnhulen. I tiden forut hadde han hatt 3–4 oppvåkninger hver natt for å drikke og dryppe øyne, han hadde gått ned i vekt og følte seg konstant trett.

Etter behandling med pilokarpin hydroklorid 5 mg × 3 i 14 dager var klinisk status slik: Fuktigere og mindre injiserte slimhinner i øyne og munnhule; færre små ulcerasjoner i munnhulen; uendret på tungen. Han hadde hatt bare 1–2 oppvåkninger de siste tre nettene. Ingen bivirkninger ble registrert. Dosen ble økt til 5 mg × 4 og behandlingen supplert med Lamisil krem × 2 på tungen. Etter fire uker var øyeslimhinnene normaliserte, og tunge- og munnhuleulcerasjonene helet. Slimhinnene var betydelig mindre injiserte og uten tydelige lichen planus-forandringer. Pasienten angav 0–1 oppvåkning per natt, han hadde ingen smerter fra munnhulen og tolererte varm mat. Han syntes at spyttsekresjonen var «rikelig» og tåresekresjonen «ganske normal». Etter ytterligere fire uker var forholdene stort sett uendret. Dosen ble redusert til 5 mg × 3, senere 5 mg × 2, men senere igjen økt til 5 mg × 3–4. Behandlingseffekten var betydelig mindre i sju måneder etter behandlingsstart. Han har fått en vesentlig bedret livskvalitet, er betydelig mindre trett og legger litt på seg.

Pilokarpin hydroklorid synes vel verdt å prøve ved Sjögrens syndrom. Medikamentet må foreløpig tas inn på registreringsfritak (pilokarpin hydroklorid Salagen Novartis). Det kan ytes delvis refusjon ved søknad til trygdekontoret.

Harald Hauge Drøsdal
allmennlege
Vette

Litteratur

1. Bell M, Askari A, Bookman A, Frydrych S, Lamont J, McComb J et al. Sjogrens syndrome: a critical review of clinical management. *J Rheumatol* 1999; 26: 2051–61.
2. Vivino FB. The treatment of Sjogren's syndrome patients with pilocarpine-tablets. *Scand J Rheumatol* 2001; 115 (suppl): 1–13.
3. Stuhau A. Sjögrens syndrom: lindring. Legemidler og Samfunn 2001; nr. 6.

Foreningen til griseriets bekjempelse?

Aftenposten skriver 12.11. 2002 at Legeforeningen arrangerte et seminar med tittelen «Snus – noe griseri» (1). Nå var det riktig nok Tobakksfritt som arrangerte, men siden møtet ble holdt i Legenes hus og foreningens navn stod på papirene, ble Legeforeningen oppfattet som ansvarlig for arrangement og tittel.

Legeforeningen har brukt mye tid og ressurser på antirøykepropaganda. Røyking er et stort helseproblem. Likevel kan det diskuteres om det er vår forenings oppgave å drive antirøykekampanjer. Det lar jeg ligge. Men det bekymrer meg at foreningen nå begir seg ut på korstog mot annen styggedom.

Det er ikke bevist at snus gir kreft. Tvert imot. De to eneste store epidemiologiske undersøkelsene som finnes, konkluderer med det motsatte (2, 3). Hvis snus var en trussel mot folkehelsen, slik sigaretter er, burde det være mer munnhulekreft i snuslandet Sverige enn i snusløse land. Merkelig nok ligger Sverige nest lavest i Europa, med 4,1 tilfelle per 100 000 menn, mot f.eks. 21,0 i Frankrike, 18,8 i Spania og 10,2 i Sveits (4). I en litteraturoversikt fant man at de eventuelle skadene av snusing ikke er større enn at de er vanskelige å påvise (5). Kanskje det er derfor man ikke fant en mer saklig tittel på seminaret? Hvis «griseri» er det beste argument mot snusing, burde Legeforeningen finne viktigere oppgaver for sin informasjonsavdeling.

Overvekt, fysisk inaktivitet og alkoholbruk er store samfunnshelseproblemer. I motsetning til risikoen ved snusbruk er skadevirkningene veldokumentert. Dersom Legeforeningen vil drive kampanjer for folkehelsen, er dette viktige onder å bekjempe. I tråd med den tabloide stilen man ser ut til å ha valgt, kunne man f.eks. arrangere seminarer Overvekt – selvpåført, frastøtende og dødelig, Latskap – roten til diabetes og åreforkalkning og Alkohol – en vederstyggelighet.

Holdningskampanjer rettet mot befolkningen burde primært være statens oppgave. Legeforeningen har store, uløste informasjonsoppgaver. I den grad foreningen likevel vil bruke ressurser på helseopplysning, bør den utmerke seg ved faglighet, balansert

fremstilling og fravær av moraliserende pekefinger. Jeg skulle ønske foreningen prioriterte mer kritisk i bruken av faglig renommé og ressurser.

Torkel Steen
Oslo

Litteratur

1. Henmo O. EU fjerner kreftadvarsel på norske snus. *Aftenposten* 12.11.2002.
2. Schildt E-B, Eriksson M, Hardell L, Magnuson A. Oral snuff, smoking habits and alcohol consumption in relation to oral cancer in a swedish case-control study. *Int J Cancer* 1998; 77: 341–6.
3. Lewin F, Norell SE, Johansson H, Gustavsson P, Wennerberg J, Björklund A et al. Smoking Tobacco, Oral Snuff, and Alcohol in the Etiology of Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck. *Cancer* 1998; 82: 1367–75.
4. Norsk tannvern: Tobakk og oral helse. Norsk tannvern, Oslo 2000.
5. Steen T. Helserisikoen ved snusbruk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 625–7.

Reorienteringsterapi er faglig og etisk uforsvarlig

I Tidsskriftet nr. 27/2002 har Gunnar Saunes et leserinnlegg med en rekke grunnløse og feilaktige kommentarer og påstander om homofile mennesker (1). Spørsmål til respondenter i Oslo om seksuell aktivitet gir ikke grunnlag for å trekke noen konklusjon om antall homofile i Norge, slik Saunes feilaktig gjør. Man kan mene at promiskuitet er umoralsk (enten det gjelder homofile eller heterofile), men å hevde at promiskuitet per se er usunt, har Saunes ikke belegg for. Både for promiskuitet og vaginalt så vel som analt samleie hos heterofile og homofile er det bruken av kondom som er avgjørende for risikoen for seksuelt overførbare sykdommer.

En viktig informasjonskilde for Saunes er boken *Kirken og homoseksualitet* av den amerikanske religionspsykologen Merton Strommen (2). Den er tidligere anmeldt i Tidsskriftet (3). Graverende metodologiske mangler er typisk for undersøkelsene i denne boken og i referansene til Saunes. Warren Throckmortons oversiktsartikkel om reparativ terapi (4) er meget tendensiøs, med uttalte metodologiske begrensninger. Utvalgene mangler ekstern validering, de er ikke randomiserte, representativiteten er begrenset, inklusjonskriterier og utfallskriterier er dårlig definert osv. På norsk foreligger det litteratur som viser at de fleste homofile har det like bra som heterofile, og som grundig gjennomgår de uheldige sidene ved reparativ terapi (5).

Saunes hevder også at barn av homoseksuelle har 3–4 ganger så høy risiko for å bli homofile som andre barn. Referansen hans for dette tallet er fra en australsk kristen-fundamentalistisk nettside som ikke har oppgitt sine referanser.