

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 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 løse revne 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 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,