

cocaine at least once. Approximately 250,000 women in the United States meet the criteria for intravenous drug abuse, and nearly 90% of these women are of childbearing age (2). In the United States alone, nearly one million people, of whom 70% are young adults, abuse inhalants, which are by far the most easily obtainable substances for illicit use (3). Marijuana remains the most commonly used illicit drug among women of childbearing age (4), and it has been estimated that it is used by 10–27% of parturients. Polysubstance abuse in pregnancy is very common.

Psychological personality characteristics seem to predispose to, rather than result from drug addiction. Most often drug abuse is first suspected or diagnosed during medical management of another condition, such as hepatitis, HIV-infection or pregnancy. Most parturients with a history of drug abuse deny it when interviewed preoperatively by primary care physicians, obstetricians or obstetric anesthesiologists. A high index of suspicion for drug abuse in pregnancy, combined with non-judgmental questioning of every parturient is therefore necessary (2). The «risk factors», which are often overlooked, suggesting substance abuse in pregnancy include lack of prenatal care, and history of premature labor with low neonatal birth weight. The diverse clinical manifestations of substance use combined with physiologic changes of pregnancy and pathophysiology of coexisting pregnancy-related disease might lead to life-threatening complications and significantly impact the pregnancy outcome and neonatal well-being.

There is little doubt that substance abuse, including during pregnancy, has crossed social, economic, and geographic borders and remains one of the major problems facing society today – worldwide.

Krzysztof M. Kuczkowski

University of California San Diego

Literature

1. Lægreid LM, Bruarøy S, Reigstad H. Fosterskade ved alkoholbruk i svangerskap. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 445–7.
2. Kuczkowski KM. Anesthetic implications of drug abuse in pregnancy. J Clin Anesth 2003; 15: 382–94.
3. Kuczkowski KM. Solvents in pregnancy: an emerging problem in obstetrics and obstetric anaesthesia. Anaesthesia 2003; 58: 1036–7.
4. Ashton CH. Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. Br J Psychiatry 2001; 178: 101–6.

Nytt studium i internasjonalt hjelpearbeid

Høgskolen i Nord-Trøndelag tilbyr nå et deltidsstudium om sikkerhet i internasjonalt arbeid. Det legges vekt på at kunnskapen om det å jobbe under andre forhold enn i Norge skal være sikrest mulig, enten det er under ekstreme forhold som krig eller under mer stabile og normale forhold. Mange

nordmenn arbeider under fjerne himmelstrøk som hjelpearbeidere, soldater, i FN-tjeneste, som reiseledere eller innenfor de utallige organisasjonene som har sitt virke fra storbyer til landsbygda. Noen av disse får for dårlig opplæring i det å leve i andre kulturer og under andre forhold.

Høgskolen i Nord-Trøndelag ønsker å gi innsikt i hvilke utfordringer og muligheter som eksisterer i ulike deler av verden. Dagens virkelighet er at stadig flere grupper i samfunnet har samhandling med andre, på tvers av landegrensener. I en slik verden, vil det være stadig flere som kan regne med å arbeide utenlands. Økt kunnskap om internasjonale forhold vil da være et konkurransefortrinn. Studiet er et samarbeid mellom Høgskolen i Nord-Trøndelag, Sivilforsvaret og kommunikasjonsbyrået Argument. I tillegg vil Nord-Trøndelag Røde Kors bidra med å skaffe kompetente forelesere.

Vi ser oftere og oftere at hjelpearbeidere blir angrepet under sitt opphold i utlandet. Statssekretær Vidar Helgesen i Utenriksdepartementet uttrykte i 2003 forferdelse over at humanitære hjelpearbeidere i enkelte områder bevisst er blitt gjort til angrepsmål. Han understreket at man må reagere sterkt mot dem som står bak slike handlinger. Samtidig er dette et spørsmål som går langt utover det å skape fysisk sikkerhet for humanitært hjelpearbeid. Han understreket også at internasjonale hjelpeorganisasjoner må vurdere hvordan de opptrer i felt, for å sikre legitimiteten og den lokale støtten til hjelpearbeidet.

Studiet ved Høgskolen i Nord-Trøndelag kombinerer teori og praksis og er aktuelt for aktører innen hjelpearbeid, leger og sykepleiere, nødhjelp, næringsliv, politi, forsvar og formidling, som eksempelvis journalister. Studiet er særlig aktuelt for den som skal leve og arbeide internasjonalt under forhold hvor sikkerheten kan være truet, enten på grunn av kriser og konflikter eller på grunn av omstendigheter som manglende lov og orden, dårlig ledelse eller utilstrekkelige boforhold.

Kjell Løvik

Argument

Quisling

Ingar O. Skalpe svarer i Tidsskriftet nr. 6/2005 (1) på mitt debattinnlegg i samme nummer (2). Skalpe mener nevreradiologene som utførte luftencefalografi på Vidkun Quisling, var i god tro. Det tror også jeg. Det er ingen grunn til å tro at de visste at undersøkelsen ble foretatt poliklinisk, og at Quisling kort etter undersøkelsen skulle tvinges til å gå 2–3 etasjer opp til sin celle. Liknende behandling ble også gitt frontkjempere, og så vidt vites var det nevreradiologene som protesterte da de ble klar over hva som foregikk.

Det er neppe grunn til å tro, som Skalpe hevder, at funn av en hjernetumor ville ha medført at Quisling ville fått en naturlig død. Dødsstraff i freds tid var allerede opphevet i 1902, men gjeninnført nettopp for å kunne skyte slike som Quisling. Dessuten hadde vaktmannskapet bestemt seg for å drepe Quisling hvis han ikke ble dødsdømt (3). Den eneste mulige effekt av undersøkelsen var det som ble oppnådd: At Quislings mulighet for å legge frem sitt syn på sin egen sak ble redusert.

Inger Cecilie Stridsklev

Skien

Litteratur

1. Skalpe IO. Quislings hjerne. Tilsv. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 784.
2. Stridsklev IC. Quislings hjerne. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 784.
3. Dahl HF. En fører for fall. Oslo: Aschehoug, 1992.

I.O. Skalpe svarer:

Inger Cecilie Stridsklev og undertegnede er enige om et viktig poeng i vår debatt: De kolleger som undersøkte Quisling, handlet i god tro.

Når det gjelder Stridsklevs påstand om at den eneste effekt av undersøkelsen var å redusere Quislings muligheter for å legge frem sitt eget syn på saken, må jeg si meg uenig. Dersom man hadde påvist en frontal hjernetumor som kunne forklare hans noe eiendommelige oppførsel under okkupasjonstiden, kunne han ifølge norsk lov ikke henrettes, men måtte idømmes sikring. Jeg er imidlertid enig med Stridsklev i at det nok er tvilsomt om Quisling ville fått en naturlig død, selv med en påvist hjernetumor. Som Stridsklev nevner, kunne han ha blitt utsatt for en illegal henrettelse av vaktmannskaper eller andre personer med sterke følelser mot Quisling. Det kan også tenkes at en mulig uenighet mellom de medisinske sakkyndige om hvorvidt en påvist tumor kunne forklare Quislings oppførsel, ville blitt utnyttet av domstolen, slik at en «legal» henrettelse kunne utføres. En fravikelse av det viktige prinsipp i all rettsutøvelse, at all tvil skal komme tiltalte til gode, ville nok møtt stor forståelse i det norske folk i 1945.

Ingar O. Skalpe

Mjøndalen

Fosterskade ved alkoholbruk i svangerskapet

I sin artikkel om fosterskade ved alkoholbruk i svangerskapet i Tidsskriftet nr. 4/2005 konkluderer Lægreid og medarbeidere at alkoholbruk i svangerskapet selv i moderat mengde kan medføre en betydelig økt risiko for skader på fosteret (1).

Følgelig bør anbefalinger og rådgivning sikte mot total avholdenhet i svangerskapet.

Artikkelen dreier seg i all hovedsak om føtalt alkoholsyndrom, som er forårsaket av betydelig alkoholmisbruk i svangerskapet. Den har en litteraturliste med 34 referanser. Av disse er det bare én som tar for seg spørsmålet om skadelig effekt av moderat alkoholbruk i svangerskapet, nemlig en artikkel av Streissguth og medarbeidere (2). Denne artikkelen har jeg skaffet meg og lest. Det er en meget grundig studie, der forfatterne har kartlagt alkoholbruk i svangerskapet hos ca. 1 000 mødre fra før svangerskapet var kjent og gjennom svangerskapet. Barna er så fulgt opp med omfattende kartlegging av barnas IQ, kognitiv funksjon og atferd frem til 7 1/2 års alder. Man har fulgt opp en kohort på ca. 500 personer, inndelt i en eksperimentgruppe, der mors alkoholbruk i svangerskapet var mer enn ca. 30 g daglig, og en kontrollgruppe, der mor enten ikke drakk noe alkohol eller drakk mindre enn 30 g daglig. De som drev «binge drinking», definert som at mor drakk mer enn fem drinker = ca. 75 g alkohol, altså ca. en flaske vin, på en gang, ble spesielt skilt ut som gruppe. Det ble funnet en signifikant reduksjon i relevante mål for intellektuell funksjon hos barna i eksperimentgruppen sammenliknet med kontrollgruppen. «Binge drinking» syntes å medføre ekstra risiko for skade. Forfatterne skriver at skillet mellom eksperimentgruppen og kontrollgruppen ikke må ses som et uttrykk for biologiske terskler for alkoholbruk.

Jeg kan ikke skjønne at denne undersøkelsen sier noe som helst om at det er en risiko å drikke mindre enn 30 g daglig. 30 g tilsvarer to alkoholenheter daglig = 14 alkoholenheter i uken. Det tilsvarer omtrent grensen for hvor mye alkohol en voksen person kan drikke uten å påføre seg selv helseskade. Det kan vel være at fosteret tar skade hvis mor drikker i det hele tatt, men denne artikkelen gir ikke holdepunkter for det.

Jeg kommer fortsatt til å anbefale gravide ikke å drikke, men det er behov for mer vitenskapelig dokumentasjon for påstanden om at selv moderate mengder alkohol

i svangerskapet medfører en betydelig økt risiko for skader på fosteret.

Arthur Hertzberg
Kjelsås legesenter
Oslo

Litteratur

1. Lægneid LM, Bruarøy S, Reigstad H. Fosterskade ved alkoholbruk i svangerskap. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 445–7.
2. Streissguth AP, Barr HM, Sampson PD. Moderate prenatal alcohol exposure: effects on the child's IQ and learning problems at age 7 1/2 years. Alcohol Clin Exp Res 1990; 14: 662–9.

L.M. Lægneid & Hallvard Reigstad svarer:

Hensikten med artikkelen *Fosterskade ved alkoholbruk i svangerskapet* i Tidsskriftet nr. 4/2005 var å gi en oversikt over nyere forskning rundt alkoholens potensielt fosterskadelige effekter. En slik artikkel gir en begrensning i ord og referanser.

Sosial- og helsedirektoratet kommer i nær fremtid ut med ny utgave av *Retningslinjer i svangerskapsomsorgen* og har allerede gått ut med en anbefaling om total avholdenhet i svangerskapet (1).

Alkoholkonsumet i Norge har i løpet av de seneste ti år økt til det doble blant kvinner i fertil alder og debutalderen er 14–15 år (2). Gjennomsnittsalder for første graviditet er i Norge i dag 29, 4 år, og mange kvinner har således 15 års erfaring med alkoholbruk. Det skandinaviske drikkemønsteret med festdriking med stort alkoholinntak er videre bekymringsfullt (3).

Den direkte fosterskadelige effekten av alkohol er godt dokumentert ved eksperimentelle dyrestudier og gjennom oppfølging av alkoholeksponerte barn. I mange vestlige land foregår det i dag en livlig diskusjon om hvorvidt det finnes et øvre trygt alkoholinntak i svangerskapet. Flere metodeproblemer, knyttet både til mor og til fosteret, gjør at det nærmest er helt umulig å fastsette en terskelverdi der risikoen for skade hos fosteret øker markant.

Som vår avslutning på debatten tillater vi oss å referere en lederartikkel i *BMJ* fra i år (4): «Unlike the position of the department of health – that one to two units a week in pregnancy are safe – the position adopted

increasingly in other countries is that no level of alcohol consumption is known to be safe in pregnancy. A health promotion message about a safe amount of alcohol, although designed to protect the pregnant mother and the developing child, can be dangerous as it can be so easily misinterpreted. The uncertain level of individual risk to the developing fetus together with the possibility of misinterpreting a health promotion message mean that the only safe message in pregnancy is abstinence from alcohol.»

Liv Marie Lægneid
Hallvard Reigstad

Haukeland Universitetssjukehus

Litteratur

1. Gravide og kvinner som planlegger å få barn må praktisere totalavhold. Forbundet mot rusgift. www.fmr.no/index.php?id=244680 (9.5.2005).
2. Gøransson M. Alcohol consumption during pregnancy. How do we separate myth from reality? Stockholm: Sektionen för psykiatri, Karolinska Institutet, 2004.
3. Alkohol och narkotika under graviditet. Vilka är riskerna för barnet? SoS-rapport 1993: 11. Stockholm: Socialstyrelsen, 1993.
4. Munkherjee RAS, Hollins S, About-Saleh MT et al. Low level alcohol consumption and the fetus. *BMJ* 2005; 330: 375–6.

■ RETTELSE

Bør acetylsalisylsyre seponeres før kirurgi?

Einar Dregelid
Elin Laxdal
Gustav Pedersen
Steinar Aune

Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 917

I Tidsskriftet nr. 7/2005 s. 917, 2. spalte, 6.–15. linje skal stå:
355 hadde fått seponert platehemmende midler for mer enn tre uker siden. 73 andre hadde sluttet med acetylsalisylsyre (n = 70) eller ticlopidin (n = 3) de siste tre uker, gjennomsnittlig 11,9 dager før innlegelsen, og disse hadde høyere forekomst av død eller hjerteinfarkt (21,9 % mot 12,4 %; p = 0,04) og hyppigere blødninger (13,7 % mot 5,9 %, p = 0,03).