

Innlegg på inntil 400 ord sendes tidsskriftet@legeforeningen.no. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Tidsskriftet praktiserer tilsvarsrett i henhold til Vancouvergruppens regler.

Fødselens varighet er dokumentert!

Ellen Blix og medarbeidere skriver i Tidsskriftet nr. 6/2008 at vi har lite forskningsbasert kunnskap om fødselens varighet (1, 2). De fant ulike definisjoner av fødselens start og fødselens faser i forskjellige lærebøker og artikler. Lærebøkene ble vurdert ut fra i hvilken grad de var «kunnskapsbaserte», det vil si om opplysningene var underbygd med referanser. Kvaliteten ble bedømt som god, middels eller «ikke kunnskapsbasert». Den eneste norske læreboken i faget (3) havnet i kategorien «ikke kunnskapsbasert». I kapittel 17 i *Obstetrik og gynekologi* er varigheten av fødsel med spontan start anført i en oversiktlig tabell, referert av Blix og medarbeidere. Jeg reagerer på at dette avfeies som «ikke kunnskapsbasert», selv om det står at tallene er fra to norske fødeavdelinger. Redaktørene av *Obstetrik og gynekologi* har holdt fast ved at vi ikke skulle oppgi litteraturreferanser. Vi mener at det ikke hører hjemme i en lærebok som først og fremst er skrevet for studenter.

Det omtalte materialet i læreboken stammer i hovedsak fra Sentralsykehuset i Akershus (i dag Akershus universitets-sykehus). Partogrammene, som ble ført ved hver eneste fødsel, ga grunnlag for overføring til elektronisk medium ved Medisinsk fødselsregister i Bergen. Varigheten av fødselen ble omtalt i to artikler (4, 5) og studien om utdrivningsfasen i et eget arbeid (6). Det meste av det Blix og medarbeidere spør om, er besvart i disse artiklene. Alt dette kunne vært avklart ved en telefon til meg eller en av de andre redaktørene. Å karakterisere faktaopplysninger i en lærebok som «ikke kunnskapsbaserte» er et negativt stempel som Blix og medarbeidere burde holdt seg for gode til å bruke.

Av flere grunner vil det nå være vanskeligere enn før å lage en troverdig undersøkelse av varigheten av spontan inntredende fødsel. Ønsket om samling om et felles sett definisjoner har jeg ingen ting imot. Man kan bruke de definisjonene vi har i *Obstetrik og gynekologi* som utgangspunkt. Fornuftige endringer skal vi alltså få med i neste utgave.

Per Bergsjø
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Litteratur

1. Blix E, Kumle M, Øian P. Hvor lenge kan en normal fødsel vare? Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 686–9.
2. www.tidsskriftet.no/blixappendiks [8.4.2008].
3. Bergsjø P. Fødseldynamikk. I: Bergsjø P, Maltau JM, Molne K et al, red. *Obstetrik og gynekologi*. 1. utg., 2. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2006: 201–9.
4. Bergsjø P, Bakketeig LS, Eikhom SN. Varighet av spontan inntredende fødsel. Tidsskr Nor Lægeforen 1977; 97: 442–5.
5. Bergsjø P, Bakketeig L, Eikhom SN. Duration of labor with spontaneous onset. Acta Obstet Gynecol Scand 1979; 58: 129–34.
6. Bergsjø P, Halle C. Duration of the second stage of labor. Acta Obstet Gynecol Scand 1980; 59: 193–6.

E. Blix og medarbeidere svarer:

Vår oversiktsartikkel er basert på åtte lærebøker, sju retningslinjer og ni vitenskapelige artikler, de siste med data om til sammen mer enn 40 000 kvinner (1). Litteraturen ble kvalitetsvurdert og inkludert etter forhåndsbestemte kriterier, blant annet bestemte vi oss for å begrense oss til litteratur fra 1995 og senere for å unngå for store variasjoner i syn på fødselen basert på endringer over tid. Per Bergsjø kritiserer oss for ikke å ha kontaktet ham for å avklare hva de manglende referansene i læreboken *Obstetrik og gynekologi* (2) viser til. I en systematisk oversikt skal man behandle all litteratur likt, og i så fall måtte vi ha kontaktet alle forfatterne av inkludert og ekskludert litteratur for om mulig å få beskrevet manglende referanser og andre uklare punkter. At læreboken ble vurdert som «ikke kunnskapsbasert» skyldes at man konsekvent ikke viser til referanser. «Kunnskapsbasert» er den norske betegnelsen for det engelske begrepet «evidence-based». Vi har ikke avfeid resultatene, dem har vi gjort grundig rede for i tabell 1 (1), men vi har bemerket at datasettet er mangelfullt beskrevet. Med referanser i boken kunne det enkelt vært henvist til en grundigere beskrivelse. Bergsjø hevder at litteraturreferanser ikke hører hjemme i en bok beregnet for studenter. Dette er vi uenige i.

Bergsjø hevder også at de tre artiklene som datasettet i *Obstetrik og gynekologi* stammer fra (3–5), gir svar på de fleste av spørsmålene våre. Problemstillingen er at en tredel av alle fødende får medikamenter fordi fødselen blir vurdert til å gå for langsomt. Bruken av rstimulerende medikamenter ser ut til øke, og vi mener det er grunn til å undersøke dette nærmere. Vårt formål var å gjøre en kritisk gjennomgang

av lærebøker, retningslinjer og studier for å finne beskrivelser av hvordan fødselens faser defineres, hvordan fødselsvarigheten beskrives og hvilket kunnskapsgrunnlag som ligger bak. Vi er uenige med Bergsjø i at tre 30 år gamle studier, i hovedsak fra ett sykehus, gir svaret på dette.

Det norske fagmiljøet vil ha nytte av å bli mer «kunnskapsbasert» i den forstand at man i litteratur og retningslinjer gjør rede for hva man bygger påstander og anbefalinger på. Vi håper at redaktørene i neste utgave av *Obstetrik og gynekologi* endrer sin oppfatning om at litteraturreferanser ikke er nødvendig.

Ellen Blix
Merethe Kumle
Pål Øian
Tromsø

Litteratur

1. Blix E, Kumle M, Øian P. Hvor lenge kan en normal fødsel vare? Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 686–9.
2. Bergsjø P, Maltau JM, Molne K et al, red. *Obstetrik og gynekologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.
3. Bergsjø P, Bakketeig LS, Eikhom SN. Varighet av spontan inntredende fødsel. Tidsskr Nor Lægeforen 1977; 97: 442–5.
4. Bergsjø P, Bakketeig L, Eikhom SN. Duration of labor with spontaneous onset. Acta Obstet Gynecol Scand 1979; 58: 129–34.
5. Bergsjø P, Halle C. Duration of the second stage of labor. Acta Obstet Gynecol Scand 1980; 59: 193–6.

Tanker omkring en vandring

Synnøve Gjelsvik har i Tidsskriftet nr. 6/2008 en tankevekkende artikkel om sitt møte med helsevesenet (1). Det er skremmende at mange pasienter med vidt forskjellige sykdommer blir møtt med oppfordringen om å trene: «Du som ser så frisk ut, må da kunne klare det!» Hos meg heter sykdommen kronisk obstruktiv lunge-sykdom i siste stadium med lunge- og hjertesvikt. Sykdomskurven går trinnvis nedover og får en raskere unnabakke ved hyppige og langvarige lungeinfeksjoner. Etter hver nedtur går det flere uker med trening før jeg når et nytt, lavere funksjonsnivå.

De siste årene har jeg trent systematisk fem dager i uken, dels takket være min sunnmørske stahet. Treningen har vært variert – spaserturer, svømming og øvelser hos fysioterapeut. Mine fysioterapeuter har vært støttende og lagt vekt på at hadde jeg

ikke vært så mye i aktivitet, ville jeg vært enda dårligere. Det kan så være, men misnøyet sniker seg oftere og oftere inn: Hva er hensikten? Fremtiden blir kortere for hver dag som går. Mitt hjertesukk er hentet fra Knut Hamsuns siste leveår: «Hadde jeg bare vært så frisk som i fjor!»

Jeg har begynt å undre meg over sannheten i at man ved nær sagt enhver sykdom skal trene seg i form. Ofte er det riktig, men hvilken hensikt det har for meg – knapt 80 år – vet jeg ikke. Enkelte dager er det direkte smertefullt å trekke pusten, og å komme seg frem og tilbake til postkassen er tilstrekkelig. Andre dager går det bedre. Inaktivitet er ikke bra. Medisinske sannheter går i bølger og gjelder neppe for all fremtid. Jeg håper at det over tid vil komme nye holdninger til dette – kanskje kan man få lov til å dø med noe verdighet i behold i tidens fylde, ikke som Kaizers Orchestras *Ompa til du dør*.

Vår tids biologisk-mekanistiske medisin gjennomsyrer fortsatt doktorskolens pensum. Jeg er overbevist om at standardbehandling – *tren oftere!* – benyttes sjablongmessig. Trening fremmer ikke alltid helsen.

Kanskje skulle vi være ydmyke og tilstå at ikke alle kan helbredes for alt til enhver tid, og at vi må lære oss å leve med mange plager og lidelser. Finner man seg til rette med dette i alderdommen, kan denne fortsatt bli en fase med en ny form for lykke – sinnsro (2).

Per Vollset
Nestun

Litteratur

1. Gjelsvik S. En vandring i ukjent landskap – uten kart og kompass. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 726.
2. Vollset P. Å visne glad – en utfordring i livets siste kapittel. Bergen: Privat trykk, 2002.

Fosfatbehov ved sultkatastrofer

Filmen *The Relief of Belsen* fra 2007 ble nylig vist på TV2. Den bygger på virkelige hendelser i 1945, der var flere dødsfall blant fangene etter at de hadde fått mat enn det hadde vært før frigivning og mattilførsel. De som hadde sultet, tålte altså ikke maten de fikk. Først da en lege med erfaringer fra India kom til, begynte man med en blanding av skummetmelk, sukker og mineraler – og dette hjalp.

Grunnen til at de suinneholdt tålte mat etter noen tid, er at melk inneholder mye fosfat. Sukker, derimot, er å regne som gift for alle som mangler fosfor. Glukose er vannoppløselig, og må, dersom det skal kunne trenge inn i cellene, gjøres fettløselig. Det oppnås ved en forbindelse med fosfor og et protein. Når glukose slik er kommet

inn i cellene, forbrennes den i reaksjon med O₂ og frigjør energi, mens fosfor kan vandre intercellulært igjen. Ved sultkatastrofer, anoreksi, alkoholisme, idrettstrening (overtrening), kronisk obstruktiv lungesykdom og flere andre tilstander, f.eks. slanking og høyt sukkerforbruk, vil fosformengden i blodet være lav, samtidig vil mengden av 2,3 difosfogliserat (2,3-DPG) være tilsvarende senket. PDG må være til stede for å få frigjort oksygen fra blodcellene. Ved lave fosforverdier vil oksygen ikke frigjøres fra blodcellene. Kun små mengder oksygen kommer inn i cellene, og personen blir «innvendig kvalt». Dette er man klar over i Australia, der anoreksipasienter som innlegges i sykehus får fosfatoppløsninger i flere dager før de får glukose. I Dublin får også alkoholikere fosfatoppløsninger før de får parenteral ernæring. Mengden av fosfat som gis er stor, fordi kroppen har store mangler.

Jeg tok opp dette problemet skriftlig med helsedirektør Lars Hanssen, som anbefalte meg å gå til Røde Kors og Leger Uten Grenser med disse opplysningene. Dette har jeg gjort skriftlig, men noen reaksjon fra dem er ikke kommet. Samme negative erfaringer har jeg fra det norske idrettsmiljøet når jeg tar opp problemet trening og overtrening og fosformangel. Grunnen til dette er sannsynligvis at organisasjonene henvender seg til sine eksperter, som nok mener at dette må være galt – det står i alle lærebøker at fosfat har kroppen nok av. Det er riktig, men fosforet inne i cellene er fredet, lave fosforverdier prøves kompensert med å ta fosfat fra knoklene. Dette tar noe tid.

Ved sultkatastrofer opplever hjelpearbeidere at mennesker dør etter at hjelpen er kommet frem. Da hevdes det gjerne at hjelpen er kommet for sent. Dødsfall vil kunne hindres hvis man er klar over fosfatmangelen og gir fosfat intravenøst før man gir annen ernæring.

Andreas Skulberg sr.
Oslo

Transcendental meditasjon og hjerte- og karsykdom

Transcendental meditasjon, stressreduksjon og hypertensjon er tidligere diskutert i denne spalten (1). I en metaanalyse av 17 veldeignede studier om effekten av stressreduksjon på høyt blodtrykk ble det konkludert med at transcendental meditasjon var den eneste teknikken som hadde signifikant effekt. Det ble vist at transcendental meditasjon hadde en systolisk og diastolisk effekt på henholdsvis 5,0 mm Hg og 2,8 mm Hg, en reduksjon som er av klinisk betydning (p = 0,0002 og p = 0,02) (samlet

seks studier med 449 deltakere). Andre stressreducerende intervensjonsformer som oppfylte kriteriene for inklusjon i analysen var enkel biofeedback, progressiv muskelavslapning og avslapning i forbindelse med enten allmenn stressreduksjon eller biofeedback. Den sistnevnte intervensjonsformen ga faktisk en økning av blodtrykket på henholdsvis 4,3 mm Hg og 2,4 mm Hg (samlet fire studier med 98 deltakere) (2). En helt fersk metaanalyse, som omfattet ytterligere tre randomiserte studier (men av noe lavere kvalitet), viste effekter av transcendental meditasjon på henholdsvis 4,7 mm Hg og 3,2 mm Hg (3).

Tidligere forskning innen hjerte- og karsykdommer har vist at det skjer en reverseering av åreforkalkningsprosessen samt at det er redusert angina og økt treningstoleranse hos mediterende hjerte- og karpasienter (4). En metaanalyse viste at meditasjonsteknikken hadde signifikant større effekt på røykeavvenning enn alle andre intervensjonsformer. En analyse av to randomiserte studier med sju års oppfølging viste at utøverne av transcendental meditasjon hadde en redusert samlet dødelighet på 23 % (p = 0,039), med en 30 % reduksjon i raten av hjerte- og kardødelighet (p = 0,045) i forhold til kontrollgruppen (5).

Lars Bjørn Rasmussen
Maharishi Ayurveda Helsecenter

Litteratur

1. Rasmussen LB. Transcendental meditasjon, stressreduksjon og hypertensjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2064.
2. Rainforth MV, Schneider RH, Nidich SI et al. Stress reduction programs in patients with elevated blood pressure: a systematic review and meta-analysis. Curr Hypertens Rep 2007; 9: 520–8.
3. Anderson JW, Liu C, Kryscio RJ. Blood pressure response to transcendental meditation: a meta-analysis. Am J Hypertens 2008; 21: 310–6.
4. Castillo-Richmond A, Schneider RH, Alexander CN et al. Effects of stress reduction on carotid atherosclerosis in hypertensive African Americans. Stroke 2000; 31: 568–73.
5. Schneider RH, Alexander CN, Staggers F et al. Long-term effects of stress reduction on mortality in persons > or = 55 years of age with systemic hypertension. Am J Cardiol 2005; 95: 1060–4.

Bedøvelse ved tynntarmsbiopsi

Norsk Cøliakiforening er ofte i kontakt med folk som tror de kan ha cøliaki. De har symptomer som er forenlige med cøliaki, de kan ha familiemedlemmer med cøliaki og de vet at det ikke er altfor problematisk å leve med en cøliakidiagnose. Men de tør ikke gjennomgå den nødvendige undersøkelse for å få tatt en tarmbiopsi og få fastslått diagnosen. Voksne, fornuftige folk er livredde for å «svelge slangen», som mange kaller det.

Vi som har cøliaki, vet hvor viktig det er å få stilt en diagnose og komme over på glutenfri kost. Vi ønsker derfor at flest