

lingene er tilknyttet det allmenmedisinske miljøet ved Universitetet i Oslo. Kanskje de kan oppklare disse sprikende rådene, slik at norske allmenleger vet hvilken anbefaling de skal følge?

Aase Aamland
Vennesla Legesenter

Litteratur

- Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Oslo: Sosial og helsedirektoratet, 2005. www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/Retningslinjer_for_sv_2674a.pdf [6.11.2008].
- Eliassen KE, Fetveit A, Hjortdahl P et al. Nye retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2330–4.

A. Bærheim og medarbeidere svarer:

Screening og behandling av asymptomatisk bakteriuri i svangerskapet omtales nå i to nasjonale faglige retningslinjer. Begge er utgitt av Helsedirektoratet (1, 2). Anbefalingen i svangerskapsretningslinjene er at lege/jordmor først skal spørre den gravide om tidligere urinveisinfeksjoner. Kun om hun har hatt gjentatte infeksjoner tidligere, skal urinen dyrkes for å påvise en asymptomatisk bakteriuri (1). I antibiotikaretningslinjene anbefales screening av asymptomatisk bakteriuri hos *alle* gravide ved første kontroll. Behandling av asymptomatisk bakteriuri i svangerskapet er effektivt for reduksjon av pyelonefritt og sannsynligvis for fødsel før termin. Det er nødvendig med dyrking av urin for å påvise asymptomatisk bakteriuri (1, 2), uavhengig av utslag på urinstiks. Det er ingen forskjell mellom de to retningslinjene når det gjelder dette. Ved oppvekst av samme type bakterie med likt resistensmønster i to påfølgende prøver, finner systematiske oversikter at antibiotikavalg kan foregå tradisjonelt etter resistensforhold og hvilke midler den gravide bør unngå (3). Det er kun screeningsspørsmålet som er kontroversielt.

Basert på internasjonal enighet, var det tidligere norsk praksis å screene gravide med dyrking av urin (4). I Retningslinjer for svangerskapsomsorgen ble avgjørelsen om hvorvidt man skulle anbefale screening eller ikke, fattet på grunnlag av kostnad-nytte-vurderinger (1). Ved lav prevalens av asymptomatisk bakteriuri bedømte man primær bakteriologisk screening som for kostbart i forhold til nytte (1). Dessverre er kunnskapsgrunnlaget for forekomsten av asymptomatisk bakteriuri hos gravide i Norge dårlig, og dokumentasjonsgraden er ikke høy for noen av de to anbefalingene.

At Retningslinjene for antibiotikabruk nå anbefaler screening av alle gravide, er i tråd med utbredt internasjonal praksis. Screening anbefales i første trimester blant annet av The United States Preventive Services Task Force, Infectious Diseases Society of America, the European Association of Urology, the Canadian Task Force on

Preventive Care og the Scottish Intercollegiate Guidelines Network (5). Screening for asymptomatisk bakteriuri regnes som en av de mest kostnadseffektive strategier for mor og barns helse i utviklingsland (6). Selv om prevalensen hos gravide i Norge må antas å være lav, er screening forholdsvis enkelt og billig, sett i forhold til de alvorlige komplikasjonene som kan forebygges. Fastlegene kan dermed trygt følge anbefalingene i de nye retningslinjene for antibiotikabruk.

Helsedirektoratet har nå to nasjonale retningslinjer med ulike anbefalinger. Retningslinjer for svangerskapsomsorg er nå under revidering. Vi oppfordrer direktoratet til å sørge for samsvar mellom de to retningslinjene etter neste revisjon.

Anders Bærheim
Bergen

Knut Eirik Eliassen
Morten Lindbæk
Oslo

Litteratur

- Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Oslo: Sosial og helsedirektoratet, 2005. www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/Retningslinjer_for_sv_2674a.pdf [6.11.2008].
- Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. IS-1583. Oslo: Helsedirektoratet, 2008. www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00078/Nasjonal_faglig_retn_78639a.pdf [25.11.2008].
- Smaill F, Vanquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2007; nr. 2: CD000490.
- Hunskår S, Bærheim A. Asymptomatisk bakteriuri hos gravide skal oppdagast, behandlast og kontrollert! Utposten 1995; 24: 157–9.
- Smaill F. Asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2007; 21: 439–50.
- Adam T, Lim SS, Metha S et al. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. BMJ 2005; 331: 1107–13.

Vurdering av risiko ved hjemmefødsel

I Tidsskriftet nr. 21/2008 foreslår Ellen Blix og medarbeidere at kvinner som ønsker å føde hjemme bør informeres om «risiko for uventede, akutte hendelser, sannsynlighet for overflytting til sykehus og om at planlagt hjemmefødsel er forbundet med færre inngrep i fødselsforløpet» (1). Under tegnede mener at denne informasjonen også må omfatte komplikasjonsraten ved de aktuelle fødeinstitusjoner i distriktet. Hva er den statistiske sannsynligheten for at kvinnen vil trenge blodoverføring om hun føder hjemme, eller på aveling x, y eller z? For at kvinnen får en stor rift i fødselskanalen, eller en infeksjon som krever forlenget opphold i sykehuset? For at fødselen avsluttes med tang, vakuump eller keisersnitt? For at barnet blir innlagt på nyfødtintensivavdeling eller får noen annen næring enn morens egen melk, under oppholdet?

Vi kan ikke informere kvinner ut fra en

antakelse om at hjemmefødsel medfører en viss risiko, mens fødsel i sykehus er risikofri. De har hver sine risikomomenter, og det er ingen enkel sak å veie dem opp mot hverandre, fordi hver kvinne vil ha sin oppfatning av hva som er viktigst. Vi kan heller ikke anta at alle sykehus er like. Det første steget ville være at hver fødeinstitusjon, og hver jordmor som bistår ved hjemmefødsel, er i stand til å oppgi egne tall for de nevnte variablene.

Rachel Myr
Sørlandet sykehus Kristiansand

Litteratur

- Blix E, Øian P, Kumle M. Utfall etter planlagte hjemmefødsler. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2436–9.

Underlivsplager og kvinnelige Internettbrukere

Aldring påvirker mange organer i kvinnekroppen, inkludert underlivet, hvor urogenitale plager, som for eksempel vaginal tørrhet, øker med alder og tid siden menopause. Endringene skyldes vanligvis bortfall av østrogenstimulering. I en studie var vaginal tørrhet for eksempel rapportert å forekomme blant 25% ett år etter menopause, mens blant nesten 50% etter tre år (1).

Ettersom demografiske endringer de kommende tiår fører til en dominans av kvinner i befolkningen, vil det også bli et økt behov for formidling av informasjon om kvinnehelse, så vel «off-line» som «on-line». Selv om sistnevnte informasjonskanal brukes i økende grad allerede (2), også for gynekologiske problemstillinger (3), er det få undersøkelser som har kartlagt forekomsten av urogenitale plager blant postmenopausale kvinner som benytter Internett som en kilde til helseinformasjon.

På Novo Nordisks nettside om kvinnehelse (4) ble det fra juli 2007 til februar 2008 utført en spørreundersøkelse med 13 spørsmål knyttet til underlivsplager. Totalt ble det registrert 1 027 respondenter som alle oppga å være kvinner. 48 skjemaer manglet alder eller var manglende utfylt, og totalt ble 979 besvarelser analysert. Gjennomsnittsalder var 54 år (19% over 70 år). Menopause hadde inntrådt blant 70,8% ved gjennomsnittlig alder 50 år og gjennomsnittlig menopausevarighet for respondente var sju år.

Urogenitale plager forekom hyppig. Prevalensene var 64,3–87,7% for vaginal tørrhet, 82,5–90,4% for smerter ved samleie, 7,1–10,4% for utflod og 12,1–19,7% for residiverende urinveisinfeksjoner. 72,8–90,8% anga at de var seksuelt aktive og 20,3–29,3% anga at de selv hadde et underlivsproblem.

Denne undersøkelsen viser at prevalensen

av selvrapporte plager relatert til underlivet er hyppig forekommende blant Internett-brukende postmenopausale kvinner. I hvor stor grad dette reflekterer reell prevalens er vanskelig å fastslå ut fra den foreliggende studien, men tidligere studier har vist til liknende forekomst (5). Muligens er imidlertid personer som bruker Internett som kilde, i større grad symptomatiske enn andre (2). Noe av det kanskje mest interessante med undersøkelsen var at disse kvinnene, til tross for at de rapporterte mange plager, fremdeles i høy grad var seksuelt aktive.

Til tross for de metodologiske problemene som hefter ved den, støtter den foreliggende undersøkelsen den antakelse at det finnes en gruppe kvinner med svært høy forekomst av urogenitale plager som trenger hjelp av sin fastlege.

Odd Erik Johansen

Sykehuset Asker og Bærum

Litteratur

1. Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL et al. A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 351–8.
2. Andreassen HK, Wangberg SC, Wynn R et al. Helse-relatert bruk av Internett i den norske befolkningen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 2950–2.
3. Neelapala P, Duvi SK, Kumar G et al. Do gynaecology outpatients use the Internet to seek health information? A questionnaire survey. *J Eval Clin Pract* 2008; 14: 300–4.
4. Novo Nordisk www.menopause-info.no (12.11.2008).
5. Iosif CS, Backassy Z. Prevalence of genitor-urinary symptoms in the late menopause. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1984; 63: 257–60.

Usikkert om klimaendringer

I Tidsskriftet nr. 20/2008 påpeker Birger Valen at «Klimaet er kontrollert av interaksjon mellom hav, atmosfære, is, kontinent og levande organismer» (1). Han gløymmer den vesentligste faktoren: sola og den banen jorda til ei kvar tid har rundt ho. I vår opplyste tid innbiller vi oss at vi kan påvirke klimaet ved å regulere utslepp av CO₂. Valen skriv at global oppvarming vil kunne føre til utbreiing av tropiske sjukdommer og tek fram mellom anna malaria som døme. Malaria er ikkje berre ein tropisk sjukdom. Myggen kan formere seg ved 15 °C. Det største malariautbrotet i moderne tid var i Sibir i 1920- og 30-åra da 600 000 døde av sjukdomen. Rike, utvikla land vert ikkje plaga med malaria sjølv om dei ligg langt sør på kloden, fordi myrer og stillestående vatn vert drenerte, skogar kultiverte og område asfalterte. I Europa vart ein såleis kvitt myggen i ein periode då temperaturen steig – malaria forsvant med kapitalismen (2)! Valen påstår også at dei rike og industrialiserte landa sannsynlegvis har forårsaka global oppvarming ved energisløsing. Dette er ein i høgste grad udokumentert påstand. Vi har fått ein stabilisering av den globale tempe-

raturen dei siste ti åra trass i ein jamn CO₂-auke. I den grad vi kan snakke om ein global temperatur, veit vi eigentleg kva som er den optimale globale temperaturen? Det vi veit er at klimaendringar har vi alltid hatt og vil sannsynlegvis alltid få. I all historisk tid har det vore dei kalde periodane som har truga livet på jorda, ikkje dei varme.

Gunnar Saunes

Ulsteinvik

Litteratur

1. Valen B. Klima og helse. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 2348–50.
2. Åm O. Kampen om klimaet. Oslo: Koloritt forlag, 2007.

Sukkeret er farligere enn bilen

Pernille Nylehn gir i Tidsskriftet nr. 22/2008 manglende aktivitet skylden for overvektsepidemien (1). Grunnen til dette er at overvekten fortsetter å gripe om seg til tross for at vi spiser mindre mettet fett og mer grønnsaker og frukt. Hun har rett i at ungdommen i dag beveger seg mindre enn det vi gjorde, og hun har også rett i at vår manglende aktivitet er et helseproblem. Men hun trekker feil konklusjon. Vi fortsetter å gå opp i vekt, ikke på tross av, men på grunn av at vi spiser mindre mettet fett enn tidligere.

Vi er blitt fortalt at fett er usunt, særlig mettet fett, og at vi må redusere fettinntaket. Det fører til at vi spiser mer karbohydrater, noe som øker blodsukkeret og etter hvert insulinresistensen. Dermed må kroppen produsere stadig mer insulin, som gjør at fett lagres i kroppen. Inntak av alle karbohydrater trigger insulinresponsen, i motsetning til inntak av fett.

På ernæringsspesialistenes anbefaling spiser vi mindre og mindre fett og blir fetere og fetere, samtidig som forekomsten av diabetes type 2 øker eksplosjonsaktig. Når skal det bli klart for alle at de kostholdsråd som våre såkalte kostholdseksperter gir oss, tar livet av oss?

I en ny studie har man sammenliknet vektnedgang ved fettfattig kost, middelhavskost og karbohydratfattig kost (2). Personene i den siste gruppen hadde størst vektnedgang, selv om de som spiste karbohydratfattig kost var den eneste gruppen som ikke fikk kalorirestriksjon. De hadde også lavere kolesterolnivå etter to år enn gruppen som spiste fettfattig kost.

I stedet for å doble prisen på bensin og legge restriksjoner på bruk av bilen som Nylehn foreslår, vil jeg skattelegge karbohydratene og forby sukkeret. Vi trenger et paradigmeskifte innen ernæringsfaget og vi trenger det nå.

Tor Ole Kjellevand

Oslo

Litteratur

1. Nylehn P. Bilen fanger. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 2619.
2. Shai I, Schwarzfuchs D, Henkin Y et al. Weight loss with a low-carbohydrate, mediterranean, or low fat diet. *N Engl J Med* 2008; 359: 229–41.

Juristenes korstog mot en konstruert virkelighet

Professor Ståle Eskeland fortsetter sitt korstog mot rettsmedisinene i Norge. I Tidsskriftet nr. 21/2008 hevder han at de (vi) har vært skyldige i en rekke justismord (1). Han påpeker at en vitenskapelig tilnærming til sakkyndighetsarbeidet er nødvendig i et rettssamfunn, og fremhever nødvendigheten av å høyne det faglige nivået på de rettsmedisinske sakkyndige. Dette er en målsetting som neppe noen vil være uenig i.

Eskeland hevder imidlertid at rettsmedisinene ikke er en del av det medisinske og naturvitenskapelige fellesskap. Det får man kalle «eine grausame Salbe». Har det gått juristene og andre kritikere forbi at det ved universitetene i Tromsø, Trondheim, Bergen og Oslo lenge har vært tilsatt vitenskapelig personell med professorkompetanse som gir forskningsbasert undervisning for medisinske studenter i fagområdet og utøver rettsmedisinsk service for påtalemyndigheten og domstolene?

Mange rettsmedisinere har basis i parakliniske fag, spesielt patologi, der man er særlig opptatt av kvalitetssikring og etterprøving av sine diagnoser. Ved alle rettsmedisinske avdelinger foregår det forskning i den grad ressursene tillater det. Alle fagpersoner deltar i kurs og kongresser, nasjonalt og internasjonalt og har tilgang til internasjonal litteratur for å holde seg à jour med fagets utvikling.

Ståle Eskeland har store forhåpninger til at «Hareide-utvalgets» forslag om å opprette et uavhengig «Statens rettsakkyndige institutt» i Oslo skal forbedre kvaliteten på det rettsmedisinske sakkyndighetsarbeid. Etter vårt skjønn taler det til justisministerens fordel at forslaget ennå ikke er fulgt opp. Det vil nemlig ikke endre på det helt sentrale forhold at undersøkelsene i saker som omhandler drap, vold, voldtekt og andre overgrep samt rettspsykiatriske vurderinger fremdeles i stort omfang vil skje utenfor Oslo. En ny bygning i Oslo vil ikke bedre rettsikkerheten. Fagutvikling og styrking av vitenskapelig aktivitet må skje i tilknytning til universitetsmiljøene i landet som helhet. Dette vil best skje ved at ett departement får et overordnet ansvar for den rettsmedisinske virksomhet i Norge og ved reell styrking av de regionale rettsmedisinske enheter.

Som ledd i en ekstern kvalitetssikring skal alle rettsmedisinske erklæringer i straffesaker forelegges Den rettsmedi-