

Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet>. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har automatisk tilsvaretsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Behov for koordinert tilbud

Vi takker Nedrebø og Vaagebø for at de i Tidsskriftet nr. 3/2011 (1) kommenterte vår kronikk (2). Vi var ikke oppmerksomme på hyperbar oksygenering som metode for behandling av disse pasientene. Dette illustrerer godt vårt hovedpoeng med kronikken, nemlig at det er nødvendig med et faglig tilbud til disse pasientene som er bedre koordinert, både når det gjelder utredning og behandling.

Vi vil i tillegg nevne at vi er blitt gjort oppmerksomme på at man i et forskningsmiljø knyttet til Høgskolen og Universitetet i Bergen prøver ut behandling med lavenergi laser mot stråleindusert oral mukositt. Medlemmene i dysfaginetverket vil bli informert om ovenstående.

Arne Mosberg

Avdeling for hjerneskadet
Sunnaas sykehus

Maribeth Caya Rivelsrud

Sunnaas spesialpedagogiske kompetansesenter
Sunnaas sykehus

Litteratur

1. Nedrebø T, Vaagebø G.. Behandling av svelgevansker etter strålebehandling. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 443–4.
2. Mosberg A, Rivelsrud MC. Svelgevansker etter strålebehandling. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2146–2147.

Overtidige svangerskap

J. Frederik Frøen prøver igjen i Tidsskriftet nr. 23/2010 å overbevise andre om farene ved overtidige svangerskap her i landet (1), selv om dataene viser et annet bilde (2).

Han påstår at ett av 400 barn i Norge dør i løpet av én svangerskapsuke når svangerskapet passerer 42 fullgatte uker. Vi vet ikke hvor Frøen har dette fra – er det norske tall, må de være gamle. Tall vi har fått fra Medisinsk fødselsregister for årene 2004–08 viser at 72 593 kvinner fortsatt var gravide etter 41 fullgatte uker. Blant disse var det 61 dødfødsler i den påfølgende uken – risiko 0,84 per 1 000. Etter 42 fullgatte uker var 19 954 kvinner gravide – 21 dødfødsler i den påfølgende uken gir en risiko på 1,05 per 1 000. Det er under halvparten av hva Frøen hevder og ikke signifikant forskjellig fra risikoen etter 41 uker. Det var én dødfødsel blant de 737 kvinnene som fortsatt var gravide etter 43 uker. Gjen-

nomsnittlig antall dødfødsler per år fra og med 42 fullgatte uker var 4,4. Basert på erfaring fra perinatalkomitéarbeid er det vår mening at kanskje en tredel av disse kunne vært reddet ved tidligere induksjon.

Frøens tolking av litteraturen står i kontrast til nordiske eksperter syn (3). Det er mange eksempler på at forskningsresultater og andre lands retningslinjer ikke uten videre kan overføres til Norge. Ikke minst gjelder det i fødselshjelpen. Et typisk eksempel er Term Breech Trial fra 2000. Vi mener at retningslinjer for norsk fødselshjelp bør baseres på korrekt tolking av litteraturen og kunnskap om norske forhold. I Norge har vi oversikt over utfallet av overtidige svangerskap. Vi har gode resultater og forskning av høy kvalitet.

Vi mener at nøkkelen til å unngå unødvendige dødfødsler er god svangerskapsomsorg. I Norsk gynekologisk forening følger vi nøye med i litteraturen. Kapitlet om overtid i *Veileder i fødselshjelp* er nylig revidert og tilgjengelig for alle (4). Den viktigste endringen er at ansvaret for svangerskapskontrollen overtas av spesialavdeling en gang mellom 290 og 294 dagers graviditet. Hensikten er å oppdage svangerskap med økt risiko for fosteret – den viktigste faren er at fosteret er mindre enn forventet. Kvinnen blir selsagt tatt med på råd om hvorvidt fødselen skal induseres eller ikke, men det er alltid legen som tar den endelige beslutning.

Vi vil bruke vår tid og vår kompetanse til å oppdage, undersøke og behandle gravide med økt risiko både før og etter 41 ukers svangerskap, ikke til å indusere fødsel hos friske, normale kvinner.

Kåre Augensen

Bjørn Backe

Pål Øian

Norsk gynekologisk forening

Litteratur

1. Frøen JF. Svangerskap – tryggest på overtid? Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2341.
2. Haavaldsen C, Sarfraz A, Eskild A. Lav fosterdødsrisiko etter termin i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2114.
3. Wennerholm UB, Hagberg H, Brorsson B et al. Induction of labor versus expectant management for post-date pregnancy: is there sufficient evidence for a change in clinical practice? Acta Obstet Gynecol Scand 2009; 88: 6–17.
4. Veileder i fødselshjelp 2008. www.legeforeningen.no/id/131797.0 [16.12.2010].

RETELSE

Mange sykehus tilbyr alternativ behandling

Laila J. Salomonsen

Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 327

Setningen på side 327, første spalte, annet avsnitt, tredje linje skal være: I Norge er akupunktur oftest innført av sykehusledelsen, og vitenskapelig evidens anføres som grunn oftere *enn* i studien fra 2001.

RETELSE

Krav om faste stillinger i sykehus

Knut E. Braaten

Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 502

I Tidsskriftet nr. 5 s. 502 under Litteratur skal riktig tittel være: *Enighet om å gå bort fra midlertidige stillinger*.

RETELSE

Transkateter aortaventilimplantasjon ved aortastenose

Terje K. Stigen, Børge Schive, Torvind Næsheim, Rolf Busund

Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 343–8

I nettutgaven av Tidsskriftet nr. 4 skal tittelen på det engelske sammendraget være: Transcatheter aortic-valve implantation for aortic stenosis

I avsnittet Background 1. setning skal forkortelsen TAVI være: transcatheter aortic-valve implantation.

I Materials and methods 1. setning og i Interpretation 1. setning skal det stå: ... patients with aortic stenosis ...