

har visat att bland dem som finns i registret men saknar uppgift om rökvanor, är förlösningsutfallet sämre än förväntat [7]. Bortfallet leder troligen till en viss underskattning av andelen rökare i den födande populationen. Det är inte troligt att underskattningen samvarierar med de studerade variablerna ålder, antalet tidigare födda barn, socioekonomisk tillhörighet eller boendeort på ett sådant sätt att resultaten skulle bli väsentligt annorlunda.

Nordström [7] fann i en studie av drygt 57 000 kvinnor att var fjärde rökande kvinna slutade röka mellan de första två graviditeterna. Dessa rökte oftare måttligt, var äldre och hade längre utbildning än de som fortsatte röka. Nordströms avhandling bekräftar att skillnader i rökvanor mellan socialgrupper bidrar väsentligt till befintliga sociala skillnader i födelsevikt och postneonatal mortalitet mellan grupperna.

Utbildning för MVC-personal

För att ett interventionsprogram för rökande gravida kvinnor skall nå framgång behöver olika kriterier uppfyllas [14]. Det skall vara lättillgängligt, det måste finnas tidsutrymme för personalen att integrera det i den dagliga rutinen, personalen behöver utbildas eftersom det inte är tillräckligt med enbart ett nytt material, det skall utvecklas i nära samarbete med mottagarna, programmet måste accepteras av den rökande gravida kvinnan och leda till en dialog med rökaren. Folkhälsoinstitutet startade 1992 tillsammans med Cancerfonden och Hjärt-Lungfonden en nationell utbildningssatsning »Rökfri graviditet», riktad till personalen vid landets MVC-mottagningar. Syftet var att ge den ett praktiskt redskap för att rutinmässigt kunna diskutera rökning med alla gravida kvinnor och att stödja rökande gravida som vill sluta röka.

Materialet har tagits fram i nära samarbete med barnmorskor och gynekologer. Det innehåller bl a en manual med råd om hur personalen kan tala med den gravida kvinnan om rökning, medicinska fakta om rökning och råd för rökstopp, informationsmaterial och en utbildningsvideo med exempel på samtal om rökning mellan en barnmorska och en rökande gravid kvinna.

Regionala utbildningsdagar har anordnats för MVC-personalen i varje landsting där materialet presenterats. Detta arbete kan förhoppningsvis skynka på utvecklingen mot en rökfri graviditet för alla.

Rökning ett hälsohot som måste åtgärdas

Sjukdom och död bland nyfödda barn är ovanligt i Sverige till följd av

den höga kvaliteten på den mödrahälsovård som vårt land har så lång erfarenhet av [15]. Eftersom så många riskfaktorer har åtgärdats med stor framgång, framstår paradoxalt nog tobaksrökning under graviditeten som ett allt tydligare hot mot fostrets och det nyfödda barnets hälsa. Ingen annan åtgärd torde idag ha större betydelse för att förbättra utfallet än att få gravida kvinnor att sluta röka.

Förbättrade rapporteringsrutiner om rökvanor under graviditet till det medicinska födelseregistret och en regelbunden återföring av information till dem som samlar in uppgifterna är nödvändiga komponenter i det tillförlitliga bevakningssystem som födelseregistret utgör.

Litteratur

1. Simpson WJ. A preliminary report on cigarette smoking and the incidence of prematurity. *Am J Obstet Gynecol* 1957; 73: 808-15.
2. Kleinman JC, Pierre MB Jr, Madans JH, Land GH, Schramm WF. The effects of maternal smoking on fetal and infant mortality. *Am J Epidemiol* 1988; 27: 274-82.
3. Cnattingius S, Haglund B, Meirik O. Cigarette smoking as risk factor for late fetal and early neonatal death. *BMJ* 1988; 297: 258-61.
4. Ericson A, Gunnarskog J, Källén B, Otterblad-Olausson P. Surveillance of smoking during pregnancy in Sweden, 1983-87. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991; 70: 111-7.
5. Cnattingius S, Forman MR, Berendes HW, Graubard BI, Isotalo L. Effect of age, parity, and smoking on pregnancy outcome – a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 16-21.
6. Otterblad-Olausson P, Holm LE. Rökning under graviditet skadar barnet. *Läkartidningen*, 1995; 92: 4707-9.
7. Nordström ML. Effect of smoking on social differences in birthweight, late fetal death and infant mortality. Uppsala: Acta Universitatis Uppsaliensis, 1995.
8. Brooke OG, Andersson HR, Bland JM, Peacock JL, Stewart CM. Effects on birth weight of smoking, alcohol, caffeine, socioeconomic factors, and psychological stress. *Scand J Soc Med* 1990; 18: 143-8.
9. Cnattingius S. Does age potentiate the smoking-related risk of fetal growth retardation? *Early Hum Dev* 1989; 20: 203-11.
10. Wen SW, Goldenberg RL, Cutter GR, Hoffman HJ, Cliver SP, Davis RO et al. Smoking, maternal age, fetal growth, and gestational age at delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 53-8.
11. Cnattingius S, Ericson A, Gunnarskog J, Källén B. A quality study of a medical birth registry. *Scand J Soc Med* 1990; 18: 143-8.
12. Källén B. A birth weight for gestational age standard based on data in the Swedish Medical Birth Registry, 1985-1989. *Europ J Epidemiol* 1995; 11: 601-6.
13. Socioekonomisk indelning (SEI). Meddelanden i samordningsfrågor 1982:4. Stockholm: Statistiska centralbyrån, 1984.
14. Walsh R, Redman S. Smoking cessation in pregnancy: do effective programmes exist? *Health Promotion International* 1993; 8: 111-27.
15. Folkhälsorapport 1994. Stockholm: Socialstyrelsen, 1994. (SoS-rapport 1994: 9.)

Koppling mellan BSE och en ny form av Creutzfeldt-Jakob?

Både bovin spongiform encefalopati (BSE, galna ko-sjukan), och Creutzfeldt-Jakobs sjukdom (CJD), en degenerativ nervsjukdom som drabbar äldre människor, tillhör gruppen överförbara spongiforma encefalopatier, s k prion-sjukdomar.

Den 20 mars 1996 redovisade den brittiska expertkommittén för spongiforma encefalopatier en ny form av CJD, som under 1994-1995 identifierats hos tio patienter, varav åtta avlidit. Till skillnad från CJD fanns hos dessa patienter i histologiska snitt från hjärnvävnad karaktäristiska ansamlingar av amyloid massa, som tolkas som prionprotein. Alla patienterna har varit unga, från övre tonåren till något över 40 år. Genomsnittet var 27,5 år jämfört med över 63 år för CJD. Även EEG-mönstret har skilt sig från mönstret vid CJD.

Inga gemensamma bakomliggande faktorer och inte heller någon geografisk ansamling har kunnat påvisas. Antalet fall är dock för litet för att man skall kunna göra några egentliga sambandsanalyser.

Grundat på tillgängliga data och i avsaknad av någon trovärdig alternativ hypotes drog den brittiska kommittén slutsatsen att den troligaste förklaringen är att dessa fall har en koppling till BSE-smitta innan Storbritannien 1988 införde mycket stränga rutiner för bekämpning av denna sjukdom hos nötkreatur.

Mot bakgrund av de omfattande säkerhetsåtgärder som vidtagits bedömde kommittén risken för överföring av BSE från nötkreatur till människa som mycket liten. Kommittén och engelska hälsovårdsmyndigheter avråder heller inte allmänheten från att äta kött och mjölkprodukter som kontrolleras enligt gällande föreskrifter.

I ett pressmeddelande den 22 mars 1996 konstaterade Livsmedelsverket att Sverige inte haft några fall av BSE hos nötkreatur och att den stora omfattningen av BSE i Storbritannien misstänks ha orsakats av att kraftfoder till nötkreatur innehållit kadavermjöl. Sådant är förbjudet i Sverige sedan 1986. För säkerhets skull stoppas ändå tills vidare stoppat köttimport från Storbritannien.

*Epidemiologiska enheten,
Smittskyddsinstitutet*