



Innhold:

Leder: – og luft må jeg ha for å leve! Av INGILD MENES SØRENSEN	s 3
Utpostens dobbelttime. Intervju med Hasse Melbye Av HELEN BRANDSTORP	s 4
KOLS: Kronisk obstruktiv lungesykdom Av ARNULF LANGHAMMER	s 7
● IN: Legeforeningens kurs i spirometri – en bra introduksjon. Av TOM BJØRNHEDEN	s 13
Røykeavvenning – hvordan gjøre det i praksis? Av JØRN OSSUM GRONERT	s 15
Behandlingshjelpemidler for lungesyke Av SVEIN REIS	s 18
Northern Medical Unit – et pionersenter innen urfolksmedisin! Av HELEN BRANDSTORP	s 22
Seksualitet, samliv og funksjonshemming. Menneskelige utfordringer – etiske aspekter Av GUTTORM EIDSLØTT	s 28
Er det så viktig med tidlig diagnostisering av aldersdemens? Allmennpraktiserende leger svikter sin oppgave. Av HARALD A. NYGAARD	s 32
Har p-verdier betydning for folkehelsen? Epidemiologi som premissleverandør. Av ØYVIND NESS	s 36
Gjennomføring av gjensidig praksisbesøk	s 39
Faste spalter	s 42

Kontor:**RMR/UTPOSTEN, v/Tove Rutle**

Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim

Tlf. 63 97 32 22. Fax 63 97 16 25

Mobil: 907 84 632

E-mail: rmrtove@online.no

Adresseliste redaktørene av UTPOSTEN:

Jannike Reymert*Koordinator*

Skogstien 16, 7800 Namsos

Tlf. 74 27 33 50. Faks: 74 27 54 10

E-mail: jannike.reymert@c2i.net

Helen Brandstorp

Lyngveien 11, 9845 Tana

Tlf. priv.: 79 82 82 91

Tlf. jobb.: 78 92 55 00

Mobil: 991 52 115

E-mail: helenbra@hotmail.com

Tor André Johannessen

Kleistgt. 6, 7018 Trondheim

Tlf. priv.: 73 51 74 66

Tlf. jobb.: 72 55 71 60

E-mail: toran-j@online.no

Ola Nordviste

Sigbj. Obstfelders v 8, 0782 Oslo

Tlf. priv.: 22 49 00 81

Tlf. jobb.: 66 90 86 78

Mobil: 481 26 688

E-mail: nordviste@c2i.net

Ivar Skeie

Ragnhildsvei 15 b, 2819 Gjøvik

Tlf. priv.: 61 17 70 03

Tlf. jobb.: 61 13 67 80

Mobil: 917 35 632

Faks jobb.: 61 13 67 50

E-mail: ivskeie@online.no

Anders Svensson

Boks 181, 8465 Straumsgjøen

Tlf. priv.: 76 13 85 60, Tlf. jobb.: 76 11 42 10

Faks jobb.: 76 11 42 46. Mobil: 416 82 489

E-mail: anders.svensson@bo.nhn.no

Ingvild Menes Sørensen

Prestegården, 7660 Vuku

Tlf.: 74 07 07 08. Mobil: 907 41 034

E-mail: ingvmenes@online.no

Forsidefoto: Helen Brandstorp**Layout/ombrekning:** Morten Hernæs, PDC Tangen**Design, repro og trykk:** PDC Tangen

– og luft må jeg ha for å leve!

«Gutter er som luft for meg, og luft må jeg ha for å leve!» sa min salige mormor ofte da jeg var i tenårene. Nå var det ikke verken gutter eller min mormor vi skulle snakke om i dag, men snarere det organet som gir oss livgivende oksygen, eller luft, døgnet rundt. Vi tenker sjelden på det, men lungene jobber likevel kontinuerlig. De lar seg fylle og tømme fra minutt til minutt. Når luftpumpa får sine begrensninger i form av sykdom oppleves det straks annerledes. Det som tidligere var en selvfølge som knapt ble lagt merke til, får en altoppslukende oppmerksomhet i hverdagen. «Vil jeg puste gjennom denne nat-ten også?» «Hvordan skal jeg klare de anstrengelser som dagens påkledning fordrer når pusten er så dårlig som nå?» Sykdom i lungene medfører ofte store angstplager. Det er lett å tenke seg når en hele tiden kjenner på om en får nok oksygen for å klare selv de enkleste oppgaver.

Lungepasienter er som andre pasienter en mangslungen gruppe med ulike sykdommer og sykdom av ulik alvorlighetsgrad. Den store majoritet finner vi nok likevel under merkelappene astma og KOLS. Så spør det hvor flinke vi som leger er til å se disse pasientenes behov. Er vi opptatt av lungepasientene våre? Er vi opptatt av lungemedisin? I rene tall er det nesten dobbelt så mange spesialister i hjertemedisin som i lungemedisin her i Norge. La oss håpe at de tallene representerer noe mer enn prioriteringen av de ulike pasientgrupper. Noen vil si det er generelt lite engasjement for sykdommer i de nedre luftveier, men engasjementet har dog vært økende den senere tiden. Det har vært og muligens eksisterer det fortsatt, stor usikkerhet om hvordan de ulike lungelidelser skal behandles. Konsensus på området har nok båret preg av å være i kontinuerlig prosess de senere årene. Men det eksisterer dog etter hvert klare retningslinjer. Noen av dem presenteres i dette nummeret. Legeforeningen har utgitt en kortfattet veileder om diagnose, behandling og forebygging av KOLS, som både finnes i skriftlig versjon¹ og på nettet².

Lunger og røyking er en kjent «parhest». Vi vet alle hva vi bør tenke når vi ser denne ordkombinasjonen. Helseministerens anti-røyk-kampanje har satt sine spor det siste året. Om noen har reagert på virkemidlene, er det ikke tvil om at den har ført til oppmerksomhet rundt og debatt om temaet. Så gjenstår det å se hvilken effekt den får på enkeltindivider. På samme måte er vi spent på effekten av de grønne resepter vi etter hvert skal dele ut. Har det noe for seg dette holdningsskapende, individuelle forebyggende arbeidet vi skal bedrive? Ferske rapporter viser at den enkelte pasient faktisk hører på legen sin når hun/han informerer om viktige livsstilsendringer. Noen lever opp til disse, om enn for en kort stund.

Så er det ikke bare bortkastet det mange av oss kanskje sliter med motivasjon til. Men hva med virkningen i det lange løp? Vil det koste mer enn det smaker? Vi kan pøse ut penger til forebyggende arbeid, men er det samfunnsøkonomisk gunstig hvis det vi pøser ut overstiger det vi sparer i form av redusert medisinforbruk og sykefravær? Vi er leger, og det ligger i grunn i ordet at vår jobb er å reparere – eller lege. I jakten på sykdommenes årsak har vi frambrakt kunnskap i rikt monn når det gjelder behandling. Det er den vi nytter oss av i vår daglige gjerning for den enkelte. Men vi har også fått kunnskap om hva som skal til for å forhindre sykdommen. Det hviler et ansvar også her. Både for den enkelte men også for det sosiale miljø indivi-dene skal leve i. Det snakkes mye om at vi med vår risikofokusering er med på å medikalisere store deler av folks liv. I folkehelsens navn har vi kanskje ansvar for etter hvert å avmedikalisere. Det betyr ikke at vi skal legge det forebyggende arbeid dødt, men at det til en viss grad må ut fra individnivå og favne mer på om-givelser og miljø i vid forstand. Det er samfunnet og det sosiale miljø som preger folks adferd og dermed deres helseadferd.

Hvis rådene vi deler ut blir etterlevd, vil de være kostnadseffektive for både samfunnet og ikke minst for den enkeltes livskvalitet og livslengde – en ikke uvesentlig bit...!! Da er det kanskje verdt det likevel å prøve å flytte på noen fjell – eller med andre ord – forsøke å endre folks adferd. Men først skal du sette deg godt til rette og la Utposten gi deg litt faglig oksygentilførsel.

Ingvild Menes Sørensen

¹ Den norske lægeforening: Veileder til diagnose, behandling og forebygging av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), som er basert på en rapport fra en arbeidsgruppe i WHO, november 2002.

² <http://www.legeforeningen.no/assets/kols-veileder.pdf>

Utpostens dobbeltime

Hasse Melbye

INTERVJUET AV HELEN BRANDSTORP

Intervjuer har fått en dobbelttime hos professor i allmennmedisin Hasse Melbye ved Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø. Det er lett å bare kalle ham med fornavn og «alle kjenner Hasse». Ikke så skummelt å komme til time da. Han jobber i vanlig praksis i byen også, men dette er en «professortime». Mange har blitt smittet av hans iver for spirometri i praksis, men det var med pneumonier hans forskerliv begynte.

Det er noe like stødig og solid over temavalgene som over mannen selv, men egentlig har Hasse ganske uvanlige kjepphester! Han har viktige kunnskaper som er ukjente for mange av oss. Les selv!

Timen begynner med det intervjuer visste hun ville vite noe om. Hun går rett på sak uten å skjule sin skepsis (og manglende erfaring) med spirometri i praksis: «Vi har nå kjøpt spirometri i Tana, men kan vi bli gode nok på spirometri med vårt lille pasient grunnlag? Er det lurt å investere tid og krefter i det? Blir det kvalitet?»

Ja, jeg tror det. Det er trening som må til for å gjennomføre undersøkelsen på en god måte. Det er hjelpepersonalet som gjerne gjør det, og de må gjøre det såpass ofte at de klarer å gjøre det riktig. Da er det ikke noe problem at man ikke har stort materiale.

Og det tar ikke mye tid!

Hvis man kan gjøre det ved kontroller av astma, KOLS og av og til ved luftveisinfeksjoner også, så får man god trening! Kommer det en nedre luftveisinfeksjon så kan man ta spirometri og følge opp med kontrollspirometri hvis man finner dårlige resultater. Det er et poeng at en del av de med nedre luftveis infeksjoner er veldig obstruktive. Det er ofte et viktig element i plagene de har. Behandler du ikke obstruksjonen, så behandler du dårlig. Man har tradisjonelt tenkt «skal pasienten ha antibiotika eller ikke», men man må også tenke på om pasienten er obstruktiv eller ikke. Skal de ha medisiner for det? Det kan derfor ofte være at man har noe å hjelpe pasientene med utenom antibiotika. Man bruker da B_2 -agonist i lettere tilfelle og prednisonkur i

tyngre tilfelle. Reversibilitetstest kan også være aktuelt i forbindelse med en luftveisinfeksjon. Da kan man i mange tilfelle få mistanke om at dette egentlig er en forverrelse av astma eller KOLS. Det er ganske morsomt, for hjelpepersonalet også. Det er fint å se effekt av behandling!

Hva med barn? Hvilken plass har spirometrien og hvor små kan barn være for å gjøre spirometri?

Ca. sju år er gjerne grensen for spirometri på barn. PEF målinger kan de gjøre helt ned til fem-års alderen, men det krever ofte trening. Så det er bare nyttig dersom barnet stadig vekker bruker PEF måleren sin og får trening i å gjøre det riktig. Når det gjelder diagnostikk, så holder det som regel med klinisk undersøkelse av barn hvis de stadig vekker har tilbakevendende obstruktivitet, – at man hører etter piping i brystet og om de har forlenget ekspirium. De dårligste vil ofte ha en høy respirasjonsfrekvens. Man kan behandle ut i fra det.

Hasse er som en sildrende kilde med rent vann i landskapet av slim, hoste og ufrie luftveier. Hva er opphavet til kilden, hvor kommer interessen for lunger fra?

Det er en del av medisinen som er ganske sentral. Forskningskarrieren begynte med at jeg ble spurt om å holde en forelesning for studentene om luftveisinfeksjoner. I den forbindelse kom jeg over en artikkel i tidsskriftet «Practitioner», i 1983–84, om en britisk allmennpraktiker som hadde skrevet om sine erfaringer med pasienter med lunge-

betennelse. Han hadde et ganske stort materiale gjennom mange år. Det viste seg å være så forskjellig fra det jeg hadde lært i studietiden, så jeg syntes det var veldig interessant. Det var noen åpninger og ledige lønnsmidler på ISM og jeg begynte i 1/2 stilling der. Slik fikk jeg se nærmere på de diagnostiske kriterier vi bruker, og hvor gode de er. Det var en spennende sak uten at jeg hadde noen idé om at det skulle bli mer ut av det en et lite prosjekt. Det jeg fant var blant annet at legene feiltolket auskultasjonsfunn i stor grad.

Kan man få en forståelse for hvordan lungelydene genereres, så kan det gi et helt annet bilde i diagnostikken. Det er nødvendig å virkelig forstå dette for å vri om på den tradisjonelle fortolkningen av lungefunn. Det sitter godt fast det man lærte i studiet. Det skal mye til for å stole mer på sykehistorie og CRP og ikke så mye på nettopp auskultasjonsfunnene. Da må en ha en forståelse av for eksempel hvordan knatrelyder kan oppstå ved ganske mange andre tilstander enn pneumoni, og hvorfor det også kan være helt normale lungefunn. Så forståelsen av lungelydenes patofysiologi er viktig. Det viser seg at vi tross alt legger mye vekt på dem. Man undersøker lungene for å finne ut om hypotesene ut fra anamnesen stemmer. Lungefunnene kan imidlertid bare gi tilleggsinformasjon. Det er som regel ikke mer verdifullt det du hører enn det du får frem i anamnesen. Jeg har vært heldig og fått være med i International Lung Sound Association som har årlige møter om forskning på dette området. Mange ingeniører og datafolk er med også, og jeg synes temaet er veldig interessant og faktisk veldig sentralt. Men det er ikke så ofte man slipper til med det...

Intervjuer skjønner plutselig hvorfor Tromsø-studentene skryter av at akkurat Hasse lærer bort lure knep for å få frem tydelige lungelyder.

For å få frem lungelyder må du ha en viss flow i luftveiene. Noen puster for svakt. Man må puste med åpen munn for da øker flowen. Noen har ikke en passiv ekspirasjon, men styrer selv luften ut. De slapper ikke av og da blir det en veldig svak lyd. Pipelyder vil ikke komme skikkelig frem og ekspirasjonsluften vil høres svakere ut enn det den egentlig er. Så det å følge litt med på hvordan pas puster er viktig. Kanskje må man instruere dem i det de puster, få de til å slappe av og ha åpen munn.

Fra lungelydenes mangfoldige verden søkte Hasse inn i CRP-ens verden. Allerede på slutten av 80-tallet begynte han å jobbe med denne testen.

Hurtigtesten var ikke kommet da, så dette var ikke en vanlig undersøkelse. Arbeidet var veldig lovende for det viste seg at CRP er en kjempe god test. Da særlig for å skille mellom pneumoni og andre nedre luftveisinfeksjoner.



sjoner, som akutt bronkitt og forverrelse av astma og KOLS. Ved de tilstandene er det som regel helt normale CRP verdier. Det er bare hvis man kommer til i et tidlig stadium, i første uke av en virus infeksjon, at det kan være lett forhøyet CRP verdi. Da kan det være vanskelig å fortolke CRP verdier. Men når pasientene har vært syke i mer enn en uke, og det har de ofte vært når de kommer til lege med akutt bronkitt og sånt, da er det lettere å fortolke CRP funnene. Da har de fleste en normal CRP. De fleste bronkitter skyldes jo virus. Det kan også være chlamydia eller mycoplasma, og man har ikke holdepunkter for at det gjør noe nytte å behandle dem hvis det da ikke blir en pneumoni ut av det. Så disse akutte bronkittene har altså en forhøyet CRP i begynnelsen av forløpet og etter en uke nærmer det seg normal verdier, selv om de fortsatt har hoste og oppspytt, eventuelt litt obstruktivitet. CRP-testen har slått an i Norden og det brukes veldig mye CRP i Sverige, Norge, Finland og en del i Danmark. Ellers i verden er den lite brukt.

Er dette opprinnelig en norsk test?

Ja, den som brukes mest i Norge, Nycocard CRP, er utviklet i her i landet. Det finnes også en god finsk hurtigtest.

Hasse fortsetter ubedt å lære bort spennende sider om vår gode venn CRP. Det er ingen tørke å spore, det sildrer...

Legene vil jo også gjerne ha en enkel fasit å forholde seg til, men så enkelt er det ikke. CRP stiger raskt opp etter en tre-fire dagers sykdom, så faller den igjen og normaliserer seg ila en uke ved virale infeksjoner. Tidlig i forløpet trengs en høyere verdi for å si sikkert om dette er bakterielt eller ikke. Har en vært syk i 14 dager vil CRP på 25 være et sikrere tegn på en bakteriell infeksjon enn en CRP på 50 den tredje sykdomsdagen. En må ha et dynamisk syn på CRP. Jeg har akkurat gjennomført en CRP-undersøkelse sammen med ressurskommune-prosjektet her i Nord Norge. Der har vi målt CRP hver dag fra første dag de kommer til lege og så hver dag til dag sju, så dag 10, 14 og 21. Denne undersøkelsen vil gi mer kunnskap om hvordan CRP-verdien varierer.

Ved kilden er det godt å være, vannet kvikker opp, men tørsten etter mer bare øker... «Lunger i praksis» er et tydelig tegn på at flere vil ha klarhet og rene lunger. Er Hasse medlem?

Ja, som vanlig menig. Det er fint at det er en økende interesse for lungemedisin i allmennpraksis. Spirometri er jo blitt mer og mer vanlig, og det tror jeg har bidratt til at det er større interesse. Vi kan ta oss av KOLS/astma pasienter ganske bra nå. Både spirometri og CRP gir trygghet for legen. De kan hindre at vi behandler «for sikkerhets skyld», vi har midler for å påvise ting. For dette er pasienter som ofte ikke er så enkle å gi en klar diagnose. Vi klarer oss uten å trekke inn spesialister hvis vi kan bruke spirometer. Det

er bare når pasientene blir så dårlige at de kanskje må ha surstoff og slike ting at vi må på trekke inn spesialister. Ellers disponerer vi jo de samme medikamentene som dem. Dette er en pasientgruppe som er så stor at vi kan være noenlunde oppdatert.

Spirometri er veldig greit for å kunne seponere medisiner også. Hvis lungefunksjonen er god, kan man forsøke å trappe ned medisinene og se om den holder seg. Det er jo et problem at det antagelig brukes alt for mye inhalasjonssteroider som ikke har noen effekt ved KOLS.

Apropos tiltak uten effekt. Hva mener professoren om alle de gode rådene som vi er lært opp til å gi småbarnsforeldre, – råd hvis effekt kanskje kan trekkes i tvil. Hvordan er det med «katten»?

Rådene angår mest dem med allergi. Det er noen av de som får diagnosen astma som ikke er allergiske, som kanskje tidlig har hatt en RS-infeksjon og som har en tendens å få obstruktive episoder i forbindelse med virusinfeksjoner opp gjennom barnealderen. De vokser det ofte av seg. Disse barna er altså ikke allergiske og da behøver man ikke å tenke på katter og lignende.

Men de som har atopisk eksem som barn er utsatt. De kan det være greit å teste for å se etter allergi og gi saneringsråd. Er de ikke atopikere vil jeg avvente med testing. Og de aller minste kan man ikke teste.

Når det gjelder rådgiving kan man da kanskje se situasjonen litt an, se hvordan det går med barnet. Men jeg tror nok at atopikere og de med mye allergi i familien bør få råd om å fjerne katten for de vil ofte utvikle allergi mot flere ting.

Tilliten til professoren bare vokser og intervjuer drister seg til å spørre: «Hva tror du astma kommer av?»

Ordentlig astma er ofte allergisk betinget. Jeg vet ikke, men det har de siste årene blitt tatt til orde for at vi har det for rent og at immunapparatet ikke blir nok aktivisert mot infeksjoner slik at det er en overkapasitet til å reagere på andre ting. Men siste ord er ikke sagt her...

Timen er ikke over riktig ennå og det er mer på listen. Hva mener Hasse om behandling av pneumoni på sykestua?

Penicillin er første valg og virker godt på pneumokokker her i Norge, og de aller fleste alvorlige pneumonier skyldes pneumokokker. Ved KOLS ville jeg ofte valgt amoxicillin/ampicillin. Dårlige KOLS-pasienter er mer utsatt for å ha infeksjoner med Haemophilus influenzae. Men igjen, det er viktig å tenke på obstruktivitet hos alle med nedre luftveisinfeksjon, diagnostisere med spirometri og behandle også eventuell obstruktivitet!

KOLS

Kronisk obstruktiv lungesykdom

AV ARNULF LANGHAMMER

Pasientene har oppdaget den nye farlige sykdommen

Aviser har de siste par år fokusert på den «nye» alvorlige lungesykdommen KOLS. Folk har dermed blitt familiære med begrepet, og mange har begynt å uttrykke uro for selv å ha denne tilstanden. Det er i grunnen ganske utrolig, men helsevesenet har unnlatt å forklare pasienten at hun har KOLS ut fra tro på at det sannsynligvis ville være vanskelig for henne å forstå. Vi har heller kalt det en form for astma, kronisk bronkitt eller emfysem. Sykdommens kompliserte navn og forkortelse har nok delvis ført til denne feilaktige forenkling overfor pasienter. Selv om media ikke hadde rett i at dette var en ny sykdom, har de på kort tid klart det vi med våre pedagogiske evner ikke har lyktes med.

Helsetjenesten har gjenoppdaget KOLS

Et forklarelsens lys over KOLS ser imidlertid også ut til å ha bredt seg innen helsetjenesten. Dette er nok delvis et resultat av en kontinuerlig prosess der man tilstreber konsensus angående diagnostiske kriterier, utrednings- og behandlingsanbefalinger gjennom «Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)». Andre viktige aktører har også de siste år fokusert sterkt på denne pasientgruppen. Farmasøytisk industri har oppdaget at disse pasienter er og vil være viktige potensielle brukere av deres produkter, og har derfor gitt til kjenne sine løsninger gjen-



Arnulf Langhammer

(48) allmennpraksis i Steinkjer fra 1983 og deltids engasjement ved HUNT Forskningsenter Verdal, siste 10–12 år.

nom sterke markedsføringstiltak. Deres engasjement har imidlertid vært nyttig for å øke helsetjenestens oppmerksomhet på KOLS. Det er imidlertid betenkelig at det medisinske miljø ikke tidligere har vært mer offensiv på dette felt. Vi skulle ha vekket hverandre, beslutningstakere, befolkning og pasienter. Det viktigste behandlingstiltak for KOLS, røykeslutt, har jo vært kjent lenge.

På legevak

PASIENT 1. En 45 år gammel kvinne kommer på legekontoret grunnet hoste og tung pust. Hun vil ha antibiotika for sin bronkitt. Hun hadde gjentatte bronkitter i barnealder, og var mye plaget med høysnue i skolealder. Hun har aldri røykt, får symptomer på rhinitt i møte med naboens hund, og blir tungpust ved forsøk på fysisk aktivitet. Hun har siste måneder våknet med tung og pipende pust to–tre ganger per uke. Ved auskultasjon hører du pi-

luftveisinfeksjon, diagnostisere med spirometri og behandle også eventuell obstruktivitet!

Kunne du si noe om medikamentell behandling av hostende, lett obstruktive små barn også? (Timen er maksimalt utnyttet!)

Barn med hoste behandler en ofte med efedrin, men det er ikke dokumentert effekt av dette. Det hadde vært interessant å finne ut om det virkelig hjelper. Bivirkningene med urolige barn gjør jo at en helst skulle visst at det hadde effekt. β_2 -agonister vet man at ikke har effekt før etter 1 1/2 års alder, men da fungerer de ofte bra!

Ellers er det fint at foreldre får ansvar for barnet med astma, det gir dem trygghet og de lærer seg å takle forverrelser. Det har vært en tydelig utvikling med færre alvorlige astmaanfall og det skyldes nok for en stor del bedre egenbehandling. Dessuten har inhalasjonssteroidene gjort mye bra for både barn og voksne.

«Astma-angsten» både hos pasienter, pårørende og innad i helsevesenet er på tur nedover. Trygghet hos så vel foreldre som hos legene har nok en tendens til å smitte. Kanskje kan vi takke ildsjeler som Hasse for økt trygghet? Han har i løpet av timen i alle fall gitt meg tips i mine trygghetskapende relasjoner. Lunge-ly-

plyder og knatrelyder, lett forlenget ekspirium. Som kveldens lege velger du spirometri framfor forskrivning av antibiotika. Denne viser et forsert ekspiratorisk volum innen et sekund (FEV_1) som er 60 prosent av forventet verdi og 68 prosent av forsert vitalkapasitet (FVC). Etter β_2 -agonist (salbutamol eller terbutalin) er FEV_1 76 prosent av forventet og 73 prosent av FVC.

Har pasienten KOLS?

Du konkluderte med astma og ga Prednisolonkur, korttidsvirkende β_2 -agonist og inhalasjonssteroid 500–800 μ g per døgn med avtale om kontroll hos hennes faste lege etter fire uker.

PASIENT 2. Senere samme aften dukker det opp en mann på 49 år. Han klager også over hoste, tung pust og at han ikke klarer gå opp trappen til andre etasje hjemme pga. pusten. Ville legen være så vennlig å gi ham antibiotika slik at han også denne gang kunne bli kvitt den halvårslige bronkitt? Han har de siste par år merket nedsatt toleranse for fysisk aktivitet, men stort sett har det gått bra. Hans hudfarge, magre framtoning og røykelukt gjør at du umiddelbart innhenter informasjon som avdekker en investering i 20 sigaretter per dag i 27 år. Over lungene hører du også denne gang pipelyder og knatrelyder, og – litt forlenget ekspirium, hvis du da tenker over det. Spirometri viser et FEV_1 som er 60 prosent av forventet og 62 prosent av FVC. Etter β_2 -agonist endrer disse seg til henholdsvis 62 prosent av forventet og 60 prosent av FVC.

Har denne pasienten KOLS?

Du valgte riktig, – der og da kom hans diagnose for dagen. Du ga Prednisolonkur i tillegg til β_2 -agonist eller atrovent. Men, inhalasjonssteroidene da? Ganske riktig – dette var ikke tidspunktet for å vurdere start av dette. Dette var imidlertid rett sted og tid for en kort orientering om behov for og nytte av røykeslutt. Videre oppfølging hos fastlege etter fire til seks uker.

Dette virket da ganske uproblematisk. Uten kompliserte utredninger kunne du gi pasientene korrekte diagnoser og adekvat behandling. Ville alle våre norske kollegaer gjort som deg?

Virkeligheten er dessverre at vi legene i alt for liten grad oppdager disse pasientene, både fordi vi ikke er oppmerksom på den snikende utviklingen, bruken av tobakk, og i tillegg unnlater bruk av spirometri. Legene er imidlertid ikke alene om ansvaret for mangelfull diagnostikk. Pasientene selv tenker ofte ikke over sine begrensninger og tar derfor heller ikke opp slike symptomer med sin lege (1). Dermed ender vi faktisk med en situasjon hvor allmennpraktikere har kjennskap til kun 25–50 prosent av egne KOLS-pasienter (2). Som om ikke det var nok, når vi først

har oppdaget disse pasientene, kaller vi (eller noen av oss) det astma, setter igang ureflektert bruk av medikamentell behandling, og unnlater senere fortløpende vurdering av forsøk på avkortning av pasientenes medikamentlister.

Dette var da nokså sørgelig lesning. Men, mange har et stort potensiale for bedring. Man skal derfor ikke se bort ifra at du som orker lese resten av artikkelen kan få et lite forsprang på dine kollegaer (som attpå til ikke abonnerer på Utposten).

Hva er egentlig KOLS?

Det er en sykdomstilstand som preges av luftveis obstruksjon som ikke er fullstendig reversibel. Forandringene er vanligvis både progredierende og forbundet med en unormal betennelsesreaksjon i lungene etter eksposisjon for skadelige partikler eller gasser (3).

KOLS og astma har ulike inflammatoriske kjennetegn, men enkelte pasienter kan ha begge tilstander. Dette gjelder pasienter med astma som etter lang tids røyking utvikler tillegg av irreversibel obstruksjon. En slik utvikling kan imidlertid også sees hos pasienter med mangeårig astma, – de oppfyller spirometrikriterier til KOLS, men har ikke hatt den skadelige eksposisjonen.

KOLS pasienter kan ha kronisk bronkitt, men en pasient med kronisk bronkitt er ikke nødvendigvis obstruktiv (i tidlig fase), og da har hun ikke KOLS. Pasienter med KOLS har ikke nødvendigvis emfysem. Emfysem er først og fremst en patologisk anatomisk diagnose, men kan nå sannsynliggjøres ved mer sofistikerte undersøkelser på sykehus, – vi ute i felten derimot, kan ikke gi denne diagnosen.

KOLS er vanlig

Verdens Helseorganisasjon anslår KOLS til å være den femte vanligste sykdom i verden og den rangerer som nummer fire som årsak til død. I den industrialiserte verden har det blitt angitt ulike tall på forekomst av KOLS pga. bruk av forskjellige kriterier. Noen studier har angitt prevalens ut fra selv-rapporterte symptomer, mens andre har brukt kriterier som bronkial obstruksjon eller legediagnose. En norsk undersøkelse fant en prevalens på fem prosent blant voksne i alderen 18–73 (diagnose verifisert med spirometri) (4).

Forekomsten øker med alder og røykebelastning (vanligvis angitt som «Pakk-år» = antall sigaretter per dag • antall år røykt dividert med 20). En stor amerikansk studie viste en prevalens på 14 prosent blant røykere, sju prosent blant eks-røykere og tre prosent blant de som aldri hadde røykt (3). Over 90 prosent av tilfellene kan tilskrives tobakksrøyking, en liten andel forurensning, og et fåtall manglende α_1 -anti-

KOLS stadieinndeling og behandling (GOLD).

STADIUM 0 <i>Underrisiko</i>	STADIUM I <i>Mild</i>	STADIUM II <i>Moderat</i>	STADIUM III <i>Alvorlig</i>	STADIUM IV <i>Svært alvorlig</i>
• Kroniske symptom (hoste og oppspytt) • Normal spirometri	• $FEV_1/FVC < 70\%$ • $FEV_1 > 80\%$ av forventet • Med eller uten symptomer	• $FEV_1/FVC < 70\%$ • $50\% < FEV_1 < 80\%$ av forventet • Med eller uten symptomer	• $FEV_1/FVC < 70\%$ • $30\% < FEV_1 < 50\%$ forventet • Med eller uten symptomer	• $FEV_1/FVC < 70\%$ • $FEV_1 > 30\%$ av forventet • Eller lungesvikt eller høyre sidig hjertesvikt
Unngå risikofaktorer (røyking) + gjennomfør influensa vaksining				
Kort-tidsvirkende β_2 -agonist ved behov				
Regelmessig behandling med en eller flere bronkodilatorer Rehabilitering				
Inhalasjonssteroider dersom hyppig eksaserbasjoner				
Behandle komplikasjoner Oksygenbehandling Eventuell kirurgi				

trypsin. Det er interessant å høre i hvilken grad mangeårige storrykere selv anser eksposisjon for luftforurensninger over kortere tidsrom som viktigste årsak til sykdomsutviklingen.

Det er fortsatt flest menn som har KOLS, men nå da kvinnene har overtatt hegemoniet blant røykerne, ses økende forekomst først og fremst hos disse. I 2001 røykte 30 prosent av kvinner og 29 prosent av menn i alderen 16–74 år i Norge. Norske menn ligger på 62. plass i WHO ranking over dagligrykere, mens norske kvinner inntar en andreplass, – kun slått av danske søstre (tall fra 1998). Økende dokumentasjon på at kvinner i tillegg synes å være mer sårbare enn menn for tobakkens skadevirkninger, gir grunn til bekymring for spesielt stor økning av alvorlige røyke-relaterte lungesykdommer som KOLS og lungekreft nettopp hos disse. Dette framtids scenariet er årsaken til at jeg innen dette tema fraviker likestillingskravet om bruk av den kjønnsnøytrale formen «han/hun», og bruker bare «hun» i dagsaktuelle og framtidsrettede skrivelser.

Ved informasjon om skadeeffekt av tobakksrøyk mht KOLS er det viktig at vi er ærlige overfor pasientene. Studier tyder på at 25–50 prosent av røykere utvikler KOLS, disse har i gjennomsnitt et årlig tap i FEV_1 som er dobbelt så stort som hos ikke-røykere. Vi vet ikke hvorfor noens lunger ser ut til å tåle tobakksrøyken bedre, men det må ikke underslås. Våre anbefalinger om røykestopp for KOLS pasienter kan ellers lett bli avfeid med historier om 95-åringer i nabolaget som har røykt alle sine dager uten å være syke.

Hvordan diagnostisere KOLS?

ANAMNESE

Mistenk KOLS hos pasienter med typiske symptomer som hoste, oppspytt og tung pust ved anstrengelse. Symptomene har oftest utviklet seg gradvis over flere år og er nesten alltid forutgått av en lang karriere som dagligryker. Røykere bagatelliserer ofte hoste og anser det som et normalt fenomen. Begrensning av aktivitetsnivå kan også være vanskelig å oppdage, pasienten kan jo opprettholde tidligere forflytninger ved økt bruk av motoriserte transportmidler som bil og heis. Mange av disse pasientene oppdages først i forbindelse med eksaserbasjoner pga. infeksjoner, men ofte blir det mange kurer med antibiotika før tentativ diagnose bakterielle bronkitter skrinlegges.

LUNGEFUNKSJONSMÅLINGER

Mistanke om KOLS skal etterfølges av spirometri. Aktuell sykehistorie kombinert med $FEV_1/FVC < 0.7$ gir diagnosen KOLS. Inndeling i alvorlighetsgrad avgjøres av FEV_1 i prosent av forventet. Det har ikke forenklet tilværelsen for oss som jobber i felten at det har vært ulike diagnostiske kriterier og stadieinndelinger av KOLS. Den oppdaterte allmennpraktiker skal imidlertid nå forholde seg til 2003 oppdatering av 2001 GOLD Retningslinjer (3;5); se tabellen over.

Du mener kanskje at PEF-måler kan erstatte spirometer i diagnostikk av KOLS. Slike pasienter kan opprettholde rimelig bra maksimal ekspirasjonsflow (PEF) til tross for reduksjon i FEV₁. PEF har derfor for lav sensitivitet for tidlig KOLS. Forutsatt korrekt gjennomført spirometri, FEV₁ er den beste parameter for å følge grad av bronkial obstruksjon både ved KOLS og astma, og FEV₁/FVC er den beste parameter for å påvise lett bronkial obstruksjon. Dette burde tilsi at du skifter mening. Kast dog ikke PEF-målerne, – de er glimrende hjelpemidler ved tvil om astma for å se om det er patologisk døgnvariasjon ved hjemmeregistreringer.

BEGRENSNINGER AV SPIROMETRI VED KOLS

- Mange KOLS pasienter rapporterer symptomatisk effekt av bronkodilatorer uten at vi påviser signifikant økning av FEV₁ eller FVC (>12 prosent og > 0.2 L). Disse pasientene kan ha økt residualvolum (hyperinflasjon) som forklarer mye av den økte tetthetsfølelse og tretthet som disse pasientene har. Reduksjon av hyperinflasjonen kan dermed virke symptomlindrende uten at dette gjenspeiles i endret FEV₁ eller FVC. Vurdering av behandlingseffekt innebærer derfor rett og slett å spørre pasienten direkte om dette. Det er utarbeidet engelsk språklige indekser for tung pust som har vist god korrelasjon med symptomer, men slike instrument er foreløpig ikke klaggjort for allmennpraksis i Norge.
- Bedømmelse av funksjonsnivå er heller ikke enkelt ut fra spirometri. Pasienten kan ha relativt uttalt emfysem til tross for rimelig bra FEV₁. Hun vil da naturlig nok oppleve anstrengelsesdyspnoe pga. økt respirasjonsarbeid for å opprettholde adekvat oksygenering. FEV₁ bør derfor ikke benyttes i trykkesaker for å beskrive pasientens funksjonsnivå.
- Lungefunksjonen inkludert FEV₁/FVC avtar med alderen hos friske personer. I henhold til GOLD vil et resultat < 70 prosent innebære KOLS. Hardie et al fant at bruk av denne grense ville bidra til at 50 prosent av aldri-røykende personer over 80 år oppfylte kriteriene for KOLS (6). De anbefaler derfor bruk av grense 70 prosent ved alder under 70 år, 65 prosent ved alder 70–80 år, og 60 prosent ved alder over 80 år.

ANDRE UNDERSØKELSER

- Ved KOLS hos pasienter < 40–45 år bør α_1 -antitrypsin måles. Mangel på dette nødvendiggjør sterkere motivasjonsarbeid mht røykestopp.
- Hemoglobin og røde blodlegemer – obs sekundær polycytemi
- Røntgen toraks for å utelukke differensialdiagnoser som tuberkulose og malign sykdom

- Pulsoksymetri kan være velegnet ved kontroll av alvorlig KOLS og eksaserbasjoner

Oppsporing av pasienter

Det er viktig å finne disse pasientene tidligst mulig for å sikre sekundærprevensjon mht tobakksrøyking og riktig medikamentell behandling. Det anbefales derfor spirometri av alle røykere eldre enn 45 år som svarer bekræftende på spørsmål om langvarig hoste eller andre lungesyntomer (7).

Behandling av KOLS

PASIENT OPPLÆRING

Det er viktig at pasienten har forståelse for egen sykdom, risikofaktorer, behandlingsprinsipper og hvordan eksaserbasjoner skal takles. Dette gjelder også råd om reduksjon av uspesifikke irritanter. (Jeg er imidlertid for feig/høflig til å påtale dette når stivpyntede KOLS-damer møter til konsultasjon med massiv overdosering av parfyme.)

RØYKESLUTT

Dette er det eneste tiltak som reduserer tapet i lungefunksjon. Det hjelper uansett hvor dårlig lungefunksjonen er, men best effekt ses tidlig i forløpet. Vi skal imidlertid ikke bagatellisere problemene med å slutte å røyke, – nikotinavhengighet er på linje med heroin og kun ti prosent er røykfrie et år etter røykestopp uten noen form for oppfølging eller støttebehandling. Sammenhengen mellom lungesyntomer og røyking må nevnes eksplisitt ved hver konsultasjon hvor dette faller naturlig. Fastlegen bør i tillegg til å motivere for røykestopp, tilby oppfølging og eventuell nikotin erstatningsprodukter eller bupropion (Zyban). Det er sørgelig å følge pasienter på deres vei ned mot FEV₁ på 0.7–0.8 liter, og så endelig lykkes med røykestopp når langtidsbehandling med oksygen er aktuelt.

SYMPTOMATISK BEHANDLING

Mange av disse pasientene har betydelige symptomer og fysiske begrensninger, det er derfor en fare for at velmenende leger stadig forlenger listen over deres medisiner. For å unngå dette skal kun et medikament utprøves ad gangen, og dersom pasienten ikke merker symptomatisk effekt skal det seponeres!

Inhalasjon av bronkodilatorer er viktig for å forhindre og begrense symptomer, og kan hos noen også gi en viss økning av lungefunksjon. Ved lettere stadier brukes korttidsvirkende anticholinergika (Atrovent) eller β_2 -agonister (Airomir, Bricanyl, Buventol, Salbuvent, Ventoline). Ved moderat til alvorlig KOLS tyder studier på at bruk av langtidsvirkende β_2 -agonist (formoterol (Foradil, Oxis) eller salmeterol (Serevent)) og langtidsvirkende anticholinergika (tiotropium (Spiriva)) har gunstigere effekt på symptomer, aktivi-

tetsnivå og livskvalitet (8). Effekten av disse medikamentgruppene synes å være relativt lik. Teoretisk skulle kombinasjonen være nyttig pga. ulik virkningsmekanisme. Det er imidlertid foreløpig ikke dokumentasjon som gir grunnlag for å anbefale slike kombinasjoner i allmennpraksis.

Bruk av orale β_2 -agonister bør stort sett unngås grunnet bivirkninger. Bruk av spray på inhalasjonskammer gir god deponering av medikament i luftveier, og kan også brukes av de eldste pasientene. Pasienter som ellers klarer å inhalere pulver, har ofte behov for aerosol på inhalasjonskammer i perioder med eksaserbasjoner. Ved å gjenta dosen 8–10 ganger i løpet av en time oppnås effekt som er vel så bra som ved bruk av forstøverapparat, og det gir mindre bivirkninger.

Teofylliner brukes lite, men kan være aktuelt å prøve hos noen KOLS-pasienter. De har et smalt terapeutisk vindu og interaksjoner med andre medikamenter (f.eks. erytromycin) gjør at en bør være forsiktig med bruk av disse. Man kan bruke en dose om kvelden ved nattlige plager selv om man med det ikke når nedre anbefalte serumnivå. Ved bruk av vanlig dosering må konsentrasjonen i serum følges.

INHALASJONSSTEROIDER (ICS)

Både astma og KOLS er kronisk inflammatoriske sykdommer. Inflammasjonen er imidlertid forskjellig ved de to sykdommer, og dette forklarer ulik effekt av ICS. Det er påvist klar nytte av ICS ved astma, men deres plass ved behandling av KOLS er fortsatt under debatt. Den siste oppdatering av GOLD (5) har begrenset indikasjonen for ICS til å omfatte kun de som har alvorlig KOLS og hyppige eksaserbasjoner.

Flere randomiserte kontrollerte studier (RCT) har dokumentert at ICS ikke påvirker reduksjonen i lungefunksjon (FEV_1), og på denne bakgrunn anbefales ikke ICS ved lett til moderat KOLS. Det er imidlertid hos de med alvorlig KOLS dokumentert gunstig effekt i form av begrensnings av symptomer, hyppighet og alvorlighetsgrad av eksaserbasjoner og bruk av helsetjenester, i tillegg til bedret livskvalitet (9). En observasjonsstudie fra engelsk primærhelsetjeneste har vist høyere tre års overlevelse hos KOLS pasienter som brukte ICS alene eller i kombinasjon med langtidsvirkende β_2 -agonist sammenlignet med de som ikke brukte slik medisin (79 prosent versus 64 prosent) (10). På den andre siden fant canadiske forskere ikke mindre tendens til sykehusinnleggelser for pasienter som bruker ICS ved alvorlig KOLS (11). Denne diskusjonen er derfor ikke avsluttet, og allmennpraktikere bør forholde seg til de gjeldende anbefalinger fra GOLD.

Ved de fleste studier som har dokumentert effekt av ICS er det benyttet høydose behandling (fluticason 1000 µg, budesonide 1600 µg og beclometasone 1000–2000 µg per døgn). Ved vurdering av nytteeffekt må man derfor også ta med muligheten for potensielle bivirkninger (munnsopp, håshet, hudblødninger, cataract og osteoporose).

EKSASERBASJONER

Ved eksaserbasjoner opplever pasientene økt hviledyspnoe, mindre toleranse for anstrengelse, økt hoste og eventuelt oppspytt. Disse behandles med Prednisolonkur (30–40 mg x 1 i 10–14 dager). Det er fortsatt uavklart hvorvidt pasientene skal ha antibiotika, men dersom pasienten har > 2 av følgende tre symptomer: økt dyspnoe, økt ekspektorat og økt purulens, anbefales bruk av bredspektrede antibiotika (amoxicillin, tetracycliner, eventuelt trimetoprim sulfa). Dersom pasienten ikke har typiske infeksjonstegn kan man avvente effekt av kun prednisolon i to til tre dager før man tar stilling til behov for antibiotika. Hos pasienter med alvorlig KOLS bør begge medikamenter startes samtidig.

Pasientene bør ha prednisolon og eventuelt antibiotika hjemme, de har ellers en tendens til å utsette nødvendig behandling lengst mulig.

Man bør helst unngå vedlikeholdsbehandling med perorale steroider. Noen erfarer imidlertid såpass tydelig symptomatisk effekt (kanskje først og fremst anabol effekt), at man velger tillate dette. Dette øker viktigheten av neste avsnitt.

OSTEOPOROSEFOREBYGGENDE TILTAK

KOLS pasienter har økt risiko for osteoporose pga. lavt aktivitetsnivå, mangeårig tobakksrøyking, bruk av perorale steroider og/eller bruk av høy dose ICS og mangelfull kost med lite inntak av calcium og D-vitamin.

Pasientene bør informeres om betydningen av fysisk aktivitet, røykestopp, kost, soleksponering, kalsium og vitamin D tilskudd. Forebyggende tiltak mht. fall bør også drøftes. Pasienter med etablert osteoporose bør gis østrogen, selektiv østrogen reseptor modulatorer eller bisfosfonater. Studier tyder på at man bør vurdere slik behandling allerede ved T-skår lavere enn -1.5 hos de som har kortisonindusert osteoporose.

VAKSINER

Årlig influensavaksine anbefales. I tillegg er det i Norge tradisjon for å gi pasienter med moderat til alvorlig KOLS pneumokokkvaksine.

forts. neste side

REHABILITERING

Pasienter med alvorlig KOLS bør få tilbud om deltagelse i rehabiliteringsgrupper. Fysisk trening er vist å ha effekt både på fysisk kapasitet og livskvalitet. De dårligste pasientene har dessuten stor nytte av opphold ved lungesykehus, men for å ha langvarig effekt tyder studier på at disse bør være av lengre varighet enn det som tilbys i Norge.

Hvem bør ta seg av KOLS pasienter?

Dette er en sykdom med høy prevalens, og både utredning og behandling bør gjennomføres i allmennpraksis for de fleste pasienter. Dette forutsetter imidlertid årvåkenhet, gjerne program for oppsporing av pasienter, bruk av spirometri i henhold til anbefalinger og aktiv holdning til medikamentbruk.

Ved følgende situasjoner bør pasienten henvises til lungelege:

1. Stor diskrepans mellom symptomer og lungefunksjonsnivå
2. $FEV_1 < 35$ –40 prosent av forventet
3. O_2 mm-metning < 91 –92 ved pulsoksymetri
4. Samtidig hjertesykdom – obs utvikling av pulmonal hypertensjon.

Lungelegen kan foreta måling av diffusjonskapasitet, residualvolum (bodyplethysmografi) og arbeidskapasitet (ergo-spirometri). I tillegg er måling av arterielle blodgasser nødvendig ved lav oksygenmetning. Ved $Pao_2 < 7.5$ er det indikasjon for langtidsbehandling med oksygen for å begrense utvikling av pulmonal hypertensjon. Slik behandling forutsetter imidlertid at pasienten har sluttet å røyke og er motivert for å bruke oksygentilskudd minst 15 timer per døgn.

KOLS – Forventninger til primærhelsetjenesten

- Engasjement i primær- og sekundærforebyggende arbeid mht tobakk
- Tidlig oppsporing av pasientene
- Livsstilsråd og medikamentell behandling i tråd med oppdaterte anbefalinger

Referanser

1. van Schayck CP, Chavannes NH. Detection of asthma and chronic obstructive pulmonary disease in primary care. *Eur Respir J Suppl* 2003; 39:16s-22s.
2. Tirimanna PR, van Schayck CP, den Otter JJ, van Weel C, van Herwaarden CL, van den BG et al. Prevalence of asthma and COPD in general practice in 1992: has it changed since 1977? *Br J Gen Pract* 1996; 46(406):277-281.
3. Pauwels RA, Buist AS, Ma P, Jenkins CR, Hurd SS. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: National Heart, Lung, and Blood Institute and World Health Organization Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD): executive summary. *Respir Care* 2001; 46(8):798-825.
4. Bakke PS, Baste V, Hanoa R, Gulsvik A. Prevalence of obstructive lung disease in a general population: relation to occupational title and exposure to some airborne agents. *Thorax* 1991; 46(12):863-870.
5. Fabbri LM, Hurd SS. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD: 2003 update. *Eur Respir J* 2003; 22(1):1-2.
6. Hardie JA, Buist AS, Vollmer WM, Ellingsen I, Bakke PS, Morkve O. Risk of over-diagnosis of COPD in asymptomatic elderly never-smokers. *Eur Respir J* 2002; 20(5):1117-1122.
7. van Schayck CP, Loozen JM, Wagena E, Akkermans RP, Wesseling GJ. Detecting patients at a high risk of developing chronic obstructive pulmonary disease in general practice: cross sectional case finding study. *BMJ* 2002; 324(7350):1370.
8. Tennant RC, Erin EM, Barnes PJ, Hansel TT. Long-acting beta 2-adrenoceptor agonists or tiotropium bromide for patients with COPD: is combination therapy justified? *Curr Opin Pharmacol* 2003; 3(3):270-276.
9. van d, V, Monnikhof E, van der PJ, Zielhuis G, van Herwaarden C. Effect of discontinuation of inhaled corticosteroids in patients with chronic obstructive pulmonary disease: the COPE study. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166(10):1358-1363.
10. Soriano JB, Vestbo J, Pride NB, Kiri V, Maden C, Maier WC. Survival in COPD patients after regular use of fluticasone propionate and salmeterol in general practice. *Eur Respir J* 2002; 20(4):819-825.
11. Bourbeau J, Ernst P, Cockcroft D, Suissa S. Inhaled corticosteroids and hospitalisation due to exacerbation of COPD. *Eur Respir J* 2003; 22(2):286-289.

UTPOSTEN
– meldinger om og fra
den gode **primærmedisin**

Legeforeningens kurs i spirometri – en bra introduktion

AV TOM BJÖRNHEDEN

I den diagnostiska arsenalen för patienter med andningsrelaterade problem ingår självklart spirometri. För inte så länge sedan var detta förbehållet lungmedicinska kliniker, men utrustningen finns nu också perifert i vårdkedjan. Det är naturligtvis en fördel både för patienten och för läkaren att undersökningen kan utföras mer lättvindigt – förutsatt att tolkningen av undersökningsresultatet blir tillfredsställande.

I Bö fick vi en spirometer i våras, och med den en demonstration om rätt teknik och en introduktion i tolkning av spirometrikurvor. Känslan var att vi fått ett verktyg, som verkligen kunde hjälpa oss i bedömningen av våra KOLS och astmapatienter och patienter med oklara andningsbesvär. Som så ofta övergick den inledande entusiasmen i en återhållen besvikelse för att efter hand landa i en mer realistisk hållning. Solklara fall var lätta att tolka, men avvek sällan från det kliniska intrycket. Tveksamma fall gav tveksamma mätkurvor och lämnade oss ofta frågande. Det hänger säkert delvis samman med bristande rutin i att tolka mätresultaten. Behovet att få mer kunskaper kändes uppenbart – att kunna läsa ut den information som faktiskt går att hämta ur en spirometrikurva och, lika viktigt, att lära känna metodens felkällor för att förstå vad som inte går att läsa ut.

Legeforeningen har lagt ut en kurs på nätet och den inspirerade till den här artikeln. Fyller den sin funktion – att göra oss bra på att tolka spirometrikurvor i vår praxis? Står den seg i konkurrensen med liknande kurser?

Minimimålsättningen med en nätbaserad kurs kan väl sägas vara att lägga ut en enkel men tillräcklig textbok, gärna med instuderingsfrågor och ett slutttest så att man ser om man begripit. Maximimålsättningen måste vara att faktiskt utnyttja de möjligheter till interaktivitet och överskådlighet som mediet erbjuder liksom möjligheten att illustrera komplicerade förlopp med rörliga illustrationer.

Tom Björnheden är fastlege vid Bø legekontor i Vesterålen. Han är specialist i ØNH sjukdommer och er tidigare forsker ved Wallenberg laboratoriet i Göteborg (ateroskleros). Tom har erfarenhet av web-basert läring och har blant annet utviklet et Cd-rom program i forebyggende tannhelse for skolebarn.

Målsättningen uppnås – kanske inte helt

Legeforeningens kurs är lätt att finna på hemsidan och det är enkelt att starta upp den. Det är likaså enkelt att manövrera mellan, och inom de fem olika avsnitten. Varje avsnitt består i princip av introduktion, text med illustrationer och ett instuderings/examinationstest. Målsättningen är formulerad i detalj: att känna igen de olika kurvtyperna och bli införstådd med indikationer för reversibilitetstest. I så måtto kan målsättningen helt säkert uppnås och det var också det intrycket jag fick när jag själv «gick» kursen i våras.

När man så suttit med ett antal spirometrikurvor i egen praxis och känt sig osäker, får man behov att gå tillbaka till läroboken för att fördjupa sig och förankra sina kunskaper. Detta ligger kanske utanför kursens målsättning, men jag tycker likväl att detta vore rätt sätt att använda mediet. – Att kunna gå tillbaka för att rekapitulera och skärpa sitt kunnande eller att använda kursmaterialet som lathund/referens. Och när jag bläddrade igenom kursen igen helt nyligen (med denna vidgade målsättning) saknade jag en större bank av instuderingsfrågor. Jag hade också gärna sett diagnostiska algoritmer och mer överskådliga tabeller.

Nätbaserad kurs har stora möjligheter – som inte utnyttjas fullt ut

Hur har man då utnyttjat mediets möjligheter? I första avsnittet om volym-tid kurvan används animation för att illustrera begreppen och ansatsen är bra, men man skulle önska en mer direkt koppling mellan texten och kurvan för att

sammanhanget skulle bli uppenbart. Vid det svårbeskrivna sambandet mellan volym-tid och flow-volym kurvorna utnyttjas inte tekniken fullt ut. Här kunde man tänkt sig en Quicktime film eller animation där man kunde köra igenom skeendet fram och baklänges interaktivt. Animation kunde också illustrera de olika exemplen på patientkurvor. Varför inte en markör som löper parallellt i motsvarande volym-tid och flow-volym kurvor. Det skulle kunna ge en känsla för vad FEV1 egentligen motsvarar i flow-volym-kurvan. Möjligheten att ha en bank med frågor utgående från autentiska eller icke autentiska fall har jag redan nämnt – tre frågor per avsnitt kan tyckas litet – och nog kunde man få kommentarer till sina svar som tog upp ens egna riktiga eller felaktiga svarsalternativ.

LUPIN står seg fint i konkurrensen

Personligen går jag ofta ut på nätet och söker när jag känner ett kunskapsglapp och just när det gäller spirometri fann jag ett par användbara adresser:

www.vh.org/adult/provider/internalmedicine/Spirometry/SpirometryHome.html



Virtual Children's Hospital Site Map Mirror Sites Search

For Providers: Health Topics A-Z Textbooks

For Patients: Health Topics A-Z Textbooks

Abstracts Continuing Education Translations Links Support Us

Interpretation of Pulmonary Function Tests: Spirometry

Esther Lum, M.D.
Professor
Department of Internal Medicine

Thomas Gross, M.D.
Associate Professor
Department of Internal Medicine
Division of Pulmonary, Critical Care, and Occupational Medicine

The University of Iowa

Physician CME and Pharmacy CEUs Sponsored by:
The Department of Internal Medicine
University of Iowa Roy J. and Lucille A. Carver College of Medicine



och www.inspiremed.com.au/tutorial_2.htm.



inspire MED
Inspired by FINE
About InspireMED
Why Spirometry?

Spirometry Tutorial

Value of Spirometry Performing Spirometry Interpreting Spirometry

Interpreting Spirometry

The interpretation of spirometry is made by comparing the patient's result with reference values obtained from a well-defined population of normal people matched for:

- gender,
- age,
- height and
- ethnicity.

The variation seen with these parameters is as follows:

Parameter	Variations
Gender	Males have a larger FEV ₁ , FVC, FEV ₂₅₋₇₅ and PEF than females of the same height but a slightly lower FEV ₁ /FVC.
Age	FEV ₁ , FVC, FEV ₂₅₋₇₅ and PEF increase and FEV ₁ /FVC decrease with age for: - males to about 20 years - females to about 25 years Then all indices fall with increase age.
Height	FEV ₁ /FVC is the only index not to increase with height.
Ethnicity	Caucasians - largest FEV ₁ , FVC Polynesians - lowest FEV ₁ , FVC African - 10-15% lower for values than Caucasians Chinese - 20% lower Indian - 15% lower

Vid en jämförelse med ovan nämnda «alternativa» hemsidor står sig legeföreningens hemsida bra. Den australiensiska er väl kortfattad och ytlig och har inte någon interaktivitet över huvudtaget, förutom att länkarna till fördjupningssidor er väl valda. Den amerikanska hemsidan har samma ambitionsnivå som den norska med systematisk genomgång och övnings- och examinationsfrågor. Den innehåller filmat material, men det pedagogiska tillskottet av detta er tveksamt. Däremot erbjuder den en tolkningsalgoritm, som er värdefull. Instuderingsfrågorna (som i likhet med de norska er de samma som examinationsfrågorna och som kunde varit fler) är svårare och svarsalternativen mer öppna, vilket jag personligen uppskattade. Interaktiviteten begränsar sig till frågeapparaten.

En bra introduktion

Det är lätt att vara petig när man kritiserar. Sammanfattningsvis ger kursen en bra introduktion till metodik, begreppsapparat och fallgropar. Presentationen är överskådlig och lättläst och faktainnehållet förefaller komplett. Det är självklart att det kräver tid och resurser av författarna att sätta samman något som utnyttjar mediets alla möjligheter, men brister i det avseendet förtjänar att påpekas eftersom det är angeläget att framtida kurser inte rätt och slätt förblir pappersfoldrar på bildskärm.

Infodoc for Windows

- **Sikker**
- **Funksjonell**
- **Hurtig**
- **Pålitelig**

Ring 55 52 63 00

og vi demonstrerer programmet hos deg

infodoc as

BRUKERVENNLIGHET SATT I SYSTEM

Bergen: Infodoc as, P.B. 183, Bønes, 5849 Bergen
Tlf. 55 52 63 00 - Fax. 55 52 63 29

Oslo: Infodoc as, Kilenvien 45, 1366 Lysaker
Tlf. 67 59 27 60 - Fax. 67 59 27 69

www.infodoc.no

Røykeavvenning

– hvordan gjøre det i praksis?

AV JØRN OSSUM GRONERT

En gruppe allmennleger har de siste par år i samarbeid med «Lunger i praksis» arbeidet for å få utgitt et handlingsprogram for røykeslutt i allmennpraksis. Det endelige utkast foreligger ikke enda; prosessen har tatt lenger tid enn beregnet fordi man har valgt å trekke inn ekspertisen i Sosial- og helsedirektoratet for å gi retningslinjene både faglig tyngde og bredest mulig oppslutning. Gruppens leder presenterer likevel en kort «oppskrift» på hvordan vi kan gå fram når vi skal hjelpe våre pasienter med å kutte røyken.



Jørn Ossum Gronert
(46) arbeider som fastlege i Hønefoss. Han er spesialist i allmennmedisin, og har særlig interesse for forebyggende medisin. De senere år har han vært mye engasjert innen røykeavvenning. Foruten å være leder for en gruppe allmennleger som utarbeider utkast til faglig veileder for røykeslutt i allmennpraksis, er han engasjert med å undervise kolleger innen emnet, og brenner for at alle leger skal ta dette på alvor.

Minimal intervensjon – til alle

Spør om pasienten røyker, og fortsett med å spørre røykeren om han har tenkt på å slutte. Gjør dette på en nøytral og fordomsfri måte. Husk at vi skal opptre som rådgivere, pass derfor på at du ikke blir formanende. Vis respekt for røykerens egne valg! Benytt enhver naturlig anledning til på denne måten å sette røyking på dagsordenen, og gi et signal om at du ønsker å hjelpe til. De som signaliserer at de ikke har tenkt på å slutte, bør du helst ikke bruke mer tid på – du risikerer bare å skape større motstand.

Ambivalente røykere (de som har tenkt på å slutte):

Hjelp dem med å utforske sin egen ambivalens, å veie argumenter for og mot å slutte. For dette formål kan du gjerne bruke et enkelt skjema, 5-felts-tabellen (se figur s. 17). Du kan også raskt tegne opp dette selv på et blankt ark. Å gå igjennom fordeler og ulemper på denne måten, hjelper røykeren til selv å finne ut hva som betyr mest for ham eller henne, og eventuelt å ta en beslutning om å prøve å slutte. Skjemaet kan benyttes i konsultasjonen, men kan også anvendes som «hjemmelekse» før neste samtale. Husk å la røykeren selv trekke konklusjonene.

For denne gruppen er det viktig å gi dem tro på at de kan klare det. Dersom de tidligere har klart å slutte en periode, kan man trekke det fram for å vise at de har mestret noe før: *Sist du sluttet – hva var det da som gjorde at du klarte det så lenge?*

Røykere som har bestemt seg for å slutte

Denne gruppen er de mest takknemlige å hjelpe. Her gjelder det å forsterke beslutningen og troen på egen mestring, samt å bidra med støtte og praktiske råd. Det er viktig å fastsette en røykeslutt dato, helst som en forpliktende avtale. Man bør avklare om røykeren skal benytte medisinske hjelpemidler i sluttefasen. Etter min mening bør slike mid-

ler anbefales for de fleste, ettersom det øker sjansen for røykfrihet betydelig. Det gjelder særlig ved høy grad av nikotinavhengighet.

Graden av avhengighet kan man få en pekepinn om ved å stille to enkle spørsmål:

1. *Hvor mange sigaretter røyker du per dag?*
2. *Hvor lang tid går det fra du står opp til du må ta din første røyk?*

Hvis svaret er mer enn 10 sig./dag eller < 30 minutter om morgenen, gir det en pekepinn om relativt høy nikotinavhengighet.

Bupropion SR (Zyban) er trolig det middelet som har best effekt, men man må gå igjennom kontraindikasjoner nøye. Husk at behandlingen skal starte en til to uker før røykesluttdato. Nikotinerstatningsprodukter er også godt dokumentert, men det er viktig å informere om korrekt bruk av midlene, da feilbruk nok er ganske utbredt, særlig gjelder dette tyggegummi. Å kombinere bruk av nikotinerstatningsprodukter med å røyke er neppe noen vei til suksess. Nikotinplaster: Ved høy nikotinavhengighet bør man starte med høyeste plasterstyrke; 24-timers plaster ser ut til å ha best effekt. Anbefalt behandlingstid er to måneder, og nedtrapping er vanligvis ikke nødvendig.

Forslag til oppfølgingsplan

Sjansen for suksess øker når helsepersonell investerer tid overfor dem som er i slutteprosessen. Her kan det lønne seg å alliere seg med en interessert sykepleier eller helsesekretær, som etter hvert kan overta en del av den praktiske oppfølgingen (forutsatt at vedkommende skaffer seg kompetanse på området). Mange av dem som slutter å røyke, har stort behov for å snakke. Man bør drøfte hva som er normalt å oppleve av abstinensreaksjoner (rastløshet, angst, irritabilitet, søvnforstyrrelser, konsentrasjonsvansker), og i hvilke situasjoner man vanligvis kjenner størst røysug. Noen utvikler en depresjon i røykeslutt-fasen, og det er viktig å fange opp og gi adekvat oppfølging. Andre får et problem med vektøkning, og trenger råd og støtte omkring det. Telefonoppfølging kan også benyttes som et supplement til konsultasjoner.

Et forslag til oppfølging kan se slik ut:

1. **besøk:** Legge en plan / fastsette røykesluttdato om ca. 2 uker.
2. **besøk:** Omkring / like etter røykesluttdato.
3. **besøk:** 1–2 uker etter røykeslutt.
4. **besøk:** 3–4 uker etter røykeslutt.
5. **besøk:** 7–9 uker etter røykeslutt.



Den første samtalen tar erfaringsmessig lengst tid. Det er nyttig å bruke dataprogrammet «Cessare» som et hjelpemiddel i disse samtalene, det gir en god disposisjon for samtalen, samtidig som du kan printe ut skriftlige råd til pasienten som er skreddersydd hans/hennes behov. Når du har gjort deg kjent med programmet og brukt det noen ganger, går det ganske raskt. Det er også nyttig å gi ut en brosjyre som gir tips om hvordan man kan takle røysug. De ulike lege-



Praktiske hverdagstips:

1. Sett en røykesluttdato et par uker fram i tid
2. Kvitt deg med røysakene
3. Vær varsom med kaffen (ofte en kopling kaffe/røyk)
4. Unngå alkohol den første tiden (svekker viljestyrken)
5. Unngå risikosituasjoner de første ukene (fester o.l.)
6. Alliér deg med en venn / fortell andre at du slutter
7. Gi deg selv små belønninger underveis
8. Trim øker sjansen for suksess og forebygger vektøkning
9. Husk at én sigarett er nok for å sprekke

middelprodusenter har materiell til selvhjelp som kan anbefales / deles ut. Husk at en «sprekk» ikke bør ta motet fra den som forsøker å slutte; hjelp røykeren på bena igjen og oppmuntre til et nytt fremstøt.

For dem av legene som fortsatt nøler og synes at dette virker litt vanskelig, vil jeg anbefale å melde seg på et kurs innen emnet. Røykeavvenning er morsomt, og er uten tvil det enkelttiltak innen forebyggende helsearbeid som gir aller størst helsegevinst!

1 Fordeler ved å røyke

2 Ulemper ved å røyke

3 Fordeler ved å slutte

4 Ulemper ved å slutte

5 Mine viktigste grunner for å slutte

Behandlingshjelpemidler for LUNGESYKE

AV SVEIN RIIS

Et hjelpemiddel er en gjenstand eller et tiltak som bidrar til å redusere funksjonshemmedes praktiske problemer.

Hjelpemidler skal inngå som en del av en helhetlig plan, og bidra til å:

- bedre funksjonevnen
- øke selvhjelpenheten
- lette pleien av funksjonshemmede

Personer som har **varig** (over to år) og **vesentlig innskrenket funksjonsevne** på grunn av sykdom, skade eller lyte, kan få stønad til hjelpemidler fra folketrygden. Personer som har midlertidige behov for hjelpemidler, må søke om støtte andre steder, vanligvis gjennom kommunen.

Ved sykdom i luftveier og lunger er de vanligste behandlingshjelpemidlene (1)

- Jonasmasker
- Lommespirometer
- Forstøverapparater
- Langtids oksygenbehandling i hjemmet (LTOT)
- Pulsoksymetre
- Sekretmobilisering
 - RMT- maske
 - Lærdals-sug®
 - Flutter®
 - Cough- Assist®
- Hjemmerespiratorer
 - trykk- styrt
 - volum- styrt

Historie

Før 01.01.03 var det i Norge staten ved Fylkestyrgdekontorene som hadde med tildeling og kontroll av behandlingshjelpemidlene å gjøre. Siden 01.01.03 er det staten ved Helseforetakene i de fem helseregionene: Nord, Midt, Vest, Sør og Øst, som har det økonomiske og administrative ansvaret for tildeling og kontroll av behandlingshjelpemidlene. Det skal etableres kontorer/avdelinger ved de ulike helseforetakene. Disse vil utføre det konkrete arbeidet med behandling av søknader, innkalling av utstyr til service, og etablering av en vaktordning for akutt utskifting av defekt utstyr. Spesialister som behandler pasienter med behov for behandlingshjelpemidler, skal anmode om utlån fra Helseforetakene på spesielle indikasjoner. Foreløpig skal det brukes RTV-blankett 5.16, men det arbeides med en ny utgave. Utstyret er som før statens eiendom, og pasientene må erstatte det økonomisk ved tap eller skade. (2)

Jonasmasker

Brukes ved tilstander som har kulde-/uttøringsindusert bronkial obstruksjon. Ekspirasjonsluften avgir varme og fuktighet til et filter, som igjen avgir til tørr og kald inspirasjonsluft. På denne måten varmes og fuktes inspirasjonsluften, og astma-anfall forhindres.

Lommespirometer

Foreskrives for pasienter med variabel luftveisobstruksjon, astma bronchiale, som har fått laget en egenbehandlingsplan styrt av symptomer og egenmålt topp luftstrømhastighet.



Svein Riis

Født 1951. Cand. Med. 1978

Spesialist i indremedisin og lungesykdommer fra 1988

Har arbeidet med akutt og kronisk respirasjonssvikt fra 1990 ved SØ HF, Sarpsborg og Fredrikstad

Leder «Prosjekt Maske: Maske – cpap og assistert ventilasjon ved akutt respirasjonssvikt», ved SØ HF.

het (PEF), for å veilede valg av endret behandling. Brukes også til pasienter som er lungetransplantert, der vi tidlig vil oppdage oblittererende bronkiolitt, en vanlig og tidlig reaksjonsreaksjon.

Forstøverapparater

Disse apparatene lager en tåke av medikamenter og et bærestoff, med optimal respirabel partikkeldiameter seks μm . Annen inhalasjonsbehandling med spray eller pulver bør etter forsøk ikke ha vist seg effektiv, på grunn av tekniske vansker med å inhalere medikamentet dypt nok.

Vi kan forstøve:

- Bronkolytika, slik som beta2-adrenerge stimulatorer og anticholinerge midler som forskrives til pasienter med obstruktive luftveissykdommer med reversibilitet, slik som astma bronchiale og KOLS.
- Antiinflammatorisk medikasjon med potente inhalasjons-steroider til obstruktive tilstander, cystisk fibrose og bronkiektasi.
- Antibiotika-kurer ved tegn til bakterielt mediert oppbluss av sykdommene cystisk fibrose og bronkiektasi.

Langtids oksygenbehandling i hjemmet (Long term oxygen treatment = LTOT)

Behandlingen gis for å motvirke hypoksi hos KOLS-pasienter, med hvile $-\text{paO}_2 < 7,3 \text{ kPa}$ i stabil fase. Det har vært vanlig å kreve av pasienten røykestopp i 3 måneder før behandlingsoppstart. Studier, som MRC- og Nott-studiene, har vist redusert morbiditet og mortalitet, sannsynligvis på grunn av reduksjon av pulmonal hypertensjon sekundært til hypoksisk pulmonal vasokonstriksjon (3,4).

Oksygen til medisinsk bruk kan utvinnes av romluften med en oksygenkonsentrator, leveres nedkjølt som flytende oksygen, eller på trykktanker laget av et lett komposittmateriale. Flytende oksygen og oksygen under trykk er lett å bringe med seg ved utflukter utenfor hjemmet, mens oksygenkonsentratorer egner seg bedre til pasienter som er mye i ro.

Pulsoksymeter

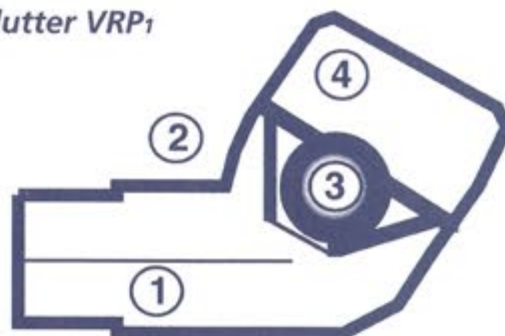
For å overvåke oksygeneringen hos pasienter som hjemmebehandles med oksygen eller hjemmerespirator, er det noen ganger formålstjenlig å la dem registrere sin oksygenmetning i kapillært blod i fingertupp eller øreflipp. Registreringen egner seg best hos pasienter som har god innsikt i egen sykdom og behandling.

Sekretmobilisering

Hjelp til luftveissekretmobilisering er aktuelt ved lidelser der det

- 1 produseres for mye, og ofte for seigt, luftveissekret, slik som ved kronisk bronkitt, cystisk fibrose og bronkiektasi. Teknikker som manuelt assistert hoste etter maksimal inspirasjon hjelper mange, evt etter en periode med bruk av Flutter®
- Flutter® er en liten ekspirasjonsventil med motstand, der en metallkule lager en intermitterende luftstrøm. Det skapes derved et varierende positivt ekspiratorisk luftveistrykk som forplantes til bronkialtreet, som løsner slim fra de perifere luftveier slik at det kan hostes opp. (5)

Flutter VRP₁



- 1 Munnstykke
- 2 Sirkulær kjegle
- 3 Rustfri stålball med høy tetthet
- 4 Gjennomhullet beskyttelsesdeksel (luften kommer ut herfra)

Apparatet kan lett tas fra hverandre og settes sammen igjen



Volumstyrt respirator PLV100® tilkoblet nesemaske.

② er svak og ikke- effektiv hoste, for eksempel ved nevro-muskulære lidelser. Vi kan måle hostekraften ved å la pasientene hoste inn i en PEF-måler. Hvis «hoste-PEF» er under 160 l/min, er hosten sannsynligvis ineffektiv, og pasienten er disponert for sekretstagnasjon, spesielt ved øvre og nedre luftveisinfeksjoner. Vi må gi hostehjelp, enten med manuell assistert hoste eller med Cough-Assist®, for å unngå atelektase og pneumoni. – Cough-Assist® er et apparat som lager overtrykk til en maske eller tube når pasienten inspirerer, og som lager undertrykk når pasienten ekspirerer. Overtrykket inflaterer pasientens lunger, slik at tilstrekkelig hastighet på ekspirasjonsluften kan oppnås. Undertrykket øker ytterligere hastigheten på luften i ekspiriet, og kompenserer for svak hostekraft.

Hjemmerespirator

Pasienter med luftveis- eller lungelidelser som medfører kronisk underventilering, må, hvis de vil det selv, hjelpes med assistert ventilasjon, hele eller deler av døgnet. Pasienter som kun behøver assistanse på natten når de sover, klarer seg oftest med en maske over nese eller ansikt tilknyttet en trykkstyrt respirator (Bipap-apparat). Pasienter som behøver ventilasjonsassistanse 16–24 timer i døgnet er ikke sjelden best hjulpet med en volumstyrt respirator koblet til pasienten via en trakeostomitube. Er det behov for oksygen eller forstøvede medikamenter, kan dette lett gis samtidig

med ventilasjonen. Respiratorene er enkle maskiner, med få alarmer sammenlignet med de moderne intensivavdelings-maskinene, og er laget slik at ufaglærte hjelpere skal kunne betjene dem, etter råd fra behandlende spesialist.

Avslutning

Behandlingshjelpemidler for lungesyke finansieres av staten ved Helseforetakene, og Helseforetakene skal ha det administrative og det økonomiske ansvaret. Spesialister søker på skjema, og avdelinger ved Helseforetakene behandler søknadene, utleverer utstyret og står for vedlikeholdsservice. Det skal også opparbeides et lager over hjelpemidlene, med vaktordning, slik at ikke- fungerende utstyr kan skiftes ut og repareres.

Referanser

1. Trygdeetatens hjemmeside, www.trygdeetaten.no. Se også side om behandlingshjelpemidler
2. Info- skriv om Behandlingshjelpemidler fra Fylkestyregdekontoret til brukere: 19/12–2002
3. MRC- studien
4. NOTT- studien
5. Ambrosino: «Oscillating positive expiratory pressure vs postural drainage in pts other than cystic fibrosis». Am.J.Resp.Crit. Care Med.149:A579 (abstract).
6. Behandlingsretningslinjer for kronisk underventilerende: Nasjonalt kompetansesenter for hjemmerespiratorbehandling, Haukeland sykehus.

Med riktig medisin ved Alzheimers sykdom får noen mulighet til å beholde kjæresten sin litt lenger.¹



Ebixa® er den eneste medisinen som er godkjent for behandling av pasienter med moderat alvorlig til alvorlig grad av Alzheimers sykdom.²

Lundbeck



Ebixa
memantine

Ebixa®

– medisinen som dine Alzheimer-pasienter stoler på at du skal huske.

For referanser og preparatomtale se side 43

NORTHERN M

— et pionersenter innen urfolksmedisin!

AV HELEN BRANDSTORP

I 33 år har man i Winnipeg i Canada drevet foregangsarbeid blant indianske folk og inuitter (eskimoer). De tre søylene i virksomheten har vært at alle legene skal drive både klinisk arbeid, undervisning og forskning. Oppgavene er store og kravene til legene likeså. Behovet er tydelig overalt i landet. De som bor på gata og i fengslene er i stor grad indianere.



Utposten har besøkt Winnipeg. Byen midt på det amerikanske kontinentet, sør i provinsen Manitoba. Dette er kornkammeret i Canada. Det er byen med gamle hippier, med historiske arbeiderstreiker og suffragetter. Dette er byen Winni the Pooh kommer fra (Ole Brum på norsk) og hvor en islandsk ætting fant opp nødnummeret og «call 911». Byen har vokst seg stor på stedet der cree-, ojibway- og assiniboine-folkene i 6–7000 år hadde møttes om våren for byttehandel, seremonier og sosial omgang. Den historiske bevisstheten er varierende, rasismen stor. Vi begynner med en sosialhistorisk oppsummering for å forstå helseproblematikken bedre.

Canada og Norge er begge land med høy levestandard og et velutviklet offentlig helsevesen. Faktisk har begge land ligget som nr en på en levestandard rangering lenge, mye takket være oljepenger både her og der. På begge sider av Nord-Atlanteren er det spredt befolkning. Canada er nå verdens største land i utstrekning, men har bare 31,2 millioner innbyggere. Begge land har urbefolkning og barsk, urørt natur. Mye er imidlertid svært forskjellig. Canada består i dag av folk fra alle verdens hjørner, virkelig en tverrkulturell smeltedigel. Før europeerne kom var kanata (cree indiansk for hellig land) befolket av forskjellige indianske folk og in-

uitter. Fra 1600-tallet kom altså immigrantene, først få, så flere og flere. De ble ønsket velkommen til «Turtle Island» (navn etter skapelsesberetningen der en foresilte seg at hele Nord-Amerika ble dannet på ryggen til en skilpadde).

Aller først kom pelshandlerene og etablerte steder som Churchill og Norway House. Gjestene senere på 1800–1900-tallet kom for å bli. Bit for bit dyrket de opp landet, etablerte kvegdrift og fordrev de opprinnelige brukerne av ressursene. Riktig nok skjedde det med mindre blodspillelse enn lenger sør, men selve livsgrunnlaget for mat, klær og spirituelt liv ble revet vekk. Bisonen ble nedslaktet i millionvis, – «The medicine that walks». Indianerne sultet, manglet klær. De ble altså fordrevet fra områdene de kjente, hvor de fant sine naturlige medisiner, hadde åndelige relasjoner og ellers kunne klare seg i. Indianerne ble syke, døde i stort antall og fattigdommen slo kraftig rot. Reservater ble opprettet, avtaler (Treaties) inngått, – alt i lyset av at europeerne mente indianerne var annenrangs skapninger.

Nye sykdommer på kontinentet tok mange liv, dels pga nye europeiske smitteagens, men mest pga fattigdommen. De ble sett på som tegn på at indianerne var en svakere rase. Raseforskning var det store på begynnelsen av 1900-tallet.

EDICAL UNIT

Europeerne var de mest utviklede av alle raser med lys hud farge, skalleform osv. og deres suverenitet legitimerte at de kunne ta styring der de kom. Da ville det gå alle godt. Kirkesamfunn hang seg på i sin misjonsiver. Til den fruktbare prærien kom det svært mange islendinger, folk fra Øst-Europa og også noen fra Skandinavia. De store innsjøene hadde fisk og korndyrking var enkelt i det flate landskapet. Nord-områdene i Canada er kalde og inuittene fikk være mer i fred. De har derfor beholdt mye mer av sitt levesett og landområder. I dag har de sogar fått en form for selvstendighet i territoriet Nunavut.

Fra venstre: Joseph Kanfert, Nichole Riese, Bruce Martin, Amy Crate, Renee J. Barclay. Senterets logo er kariboen, en større utgave av vårt reinsdyr.

Vi kjenner historien videre med internatskoler og reservativ for indianerne. Eget språk, kultur og åndelig liv var forbudt for skolebarna langt hjemme fra. Foreldrene sine så de kanskje en gang i året. Alt de kjente fra før de ble skolemodne, alt foreldrene stod for, var mindreverdig. Eget initiativ ble ikke premiert. Å passivt følge det nye systemet var måten å overleve på. Kanskje ble fengselslivet, som ofte fulgte i voksen alder, derfor lett å klare? Foreldreoppgaver blir vanskelig uten egne erfaringer med foreldre. Man ser i dag selvfølelse – og identitetsproblematikk. Rus og andre fluktheier er et kjempestort problem.

Hva gjør helsevesenet som får alt dette i fanget? På universitetet i Winnipeg er det et godt eksempel. Der finner vi J. A. Hildes Northern Medical Unit. Senteret ble etablert





Thunderbird House, downtown i Winnipeg. Huset er rundt og fungerer som møteplass, et sted for seremonier og «healing».

tidlig, allerede i 1970. Legen Jack A. Hildes ville skaffe helsehjelp til øde og isolerte distrikter i Manitoba, spesielt til reservatene. Dr. Hildes var egentlig forsker i fysiologi og lungemedisin, men han lot seg engasjere av den dårlige helsetilstanden han så blant landets fattigste. Tuberkulose var et stort problem pga dårlig ernæring, elendige hus og trangboddhet. Helsetilbudet var også skralt, tross altså offentlig helsevesen.

Dr. Hildes klare idé var at arbeidet måtte ha tre ben å stå på: klinisk arbeid, undervisning og forskning. De bena står fremdeles støtt i dag. Armene ut fra senteret strekker seg i mange retninger: til det medisinske fakultetet, andre universitetssykehus, sosialt arbeid i regionene, tannlegefakultetet, det farmasøytiske fakultet, sykepleierfakultetet, School of Medical Rehabilitation og det store biblioteket på universitetssykehuset i Winnipeg.

Avkom har senteret også fått: Centre for Aboriginal Health Research, et forskningssenter på universitetssykehuset i Winnipeg. Og selve senteret er selv en del av Department of Community Health Sciences.

Arbeidet har pågått i 33 år og er derfor et pionersenter i verdensammenheng. Forskning herfra er kjent også i Norge. I «NOU 199:6, Plan for helse – og sosialtjenester til den sa-

miske befolkning i Norge» er forskning fra Winnipeg-miljøet tatt med. Problemer rundt kommunikasjon, bruk av tolk og etikken rundt dette har de jobbet med i 20 år. Forumet International Union for Circumpolar Health er et sted der forskere fra Norge møter sine kolleger fra andre steder i verden, deriblant Winnipeg. Siste møte var i Harstad i 2000, det neste på Grønland.

Problemene Jack Hildes så for 30 år siden har imidlertid endret seg noe, men fremdeles er fattigdommen stor, spesielt litt nordover, når avstanden til byene øker. Leder for senteret Dr. Bruce Martin forteller om stadig mangel på sunn mat, på trygghet. Folk bor i hus bygget rett på marka med bare tregulv, de bor trangt og fuktig. Muggsoppen flourer, de mangler ofte innlagt vann og må bruke utedoen tross streng kulde om vinteren. Mange steder er det bare vei om vinteren, på sne og is. Sniffing og alkoholismen gjør ting mye verre og en forstår at løsninger må komme fra statlige strukturendringer.

Mer håndgripelig for helsepersonellet er det en ser av de kroniske sykdommene. Uhåndgripelig er de epidemiske formene sykdommene har. Av de dårlige boforholdene kan man forstå at *Helicobacter Pylori* er utbredt. Barna smittes allerede som ettåringer og 97 prosent er smittet i en alder av 12 år. Diabetes er et stort problem pga dårlig kosthold,

liten fysisk aktivitet og muligens dårlig ernæring i foster/spedbarnstadiet. I de nordøstlige reservatene har en funnet at 50 prosent av de over 50 år har diabetes!

Inuittene lengst nord har mindre diabetes, men her er fremdeles respirasjonssykdommer ett stort problem, som tuberkulose. Suicidproblematikken er kjent spesielt her, men mindre kjent er kanskje at populasjonen er så ung. Omtrent 50 prosent er under 20 år lengst nord, i Nunavut.

Helsehjelpen til alle disse områdene med stor oversykelighet er organisert annerledes enn i Norge. Urettferdig system, tenker en norsk allmennpraktiker som selv bor i nordlig distrikt. I Canada er det sykepleiere som bor på reservatene og andre nordlige, litt isolerte områder. De har varierende og stadig mindre utdanning. Leger kommer flygende til «the nursing stations» med varierende frekvens. Allmennpraktikere kommer kanskje hver annen uke, mens spesialister flyr sjeldnere ut. Der treffer spesialistene pasienter som de eventuelt kan se igjen på sin egen avdeling på sykehuset i Winnipeg. De små allmennlegestyrte sykehusene i Norway House, Hougson og i Churchill får også besøk. Northern Medical Unit forsyner 18 samfunn i Manitoba og åtte i Kivalliq regionen i Nunavut med helsehjelp. Forskningen til senteret reflekterer det legene ute finner ut at det må forskes på: diabetes, *Helicobacter Pylori*, palliativ medisin for indianere. Undervisningen skjer både desentralisert i distriktene og i Winnipeg. Nær-TV er et vanlig medium for folkeundervisningen lokalt på reservatene.

Allmennleger og studenter tilbys dessuten kortere engasjement og opphold i de fjernt liggende områdene. Allmennlegene kan lære seg distriktsmedisin og urfolksmedisin i sitt spesialiseringsprogram, mens studentene får en tidlig eksotisk opplevelse. Sommerprogrammet for studentene er ti uker langt og populært. Northern Medical Unit tror på å bevisstgjøre de som skal bli morgendagens leger.

Vi traff mange mennesker og ble tatt med flere steder på vårt besøk i sommer. En kort presentasjon av menneskene bak noe av arbeidet får avslutte denne oppsummeringen fra Winnipeg.

Leder Dr. Bruce Martin har selv jobbet i mange år i et isolert reservat, og er opptatt av kommunikasjon. Når vanskelig informasjon skal deles, kanskje om dødelig sykdom, hvem snakker man da med? Hvordan sier man ting, når og på hvilket språk? Han viser til en rettssak som gikk helt til høyesterett der feilbehandling oppstod pga en misforståelse da tolken brukte feil dialekt.

Seniorforsker og professor Joseph M. Kaufert er opptatt av autonomi. Han er også knyttet til Department of Anthropology og Centre for Aboriginal health

Research. Hva betyr informert samtykke for en pasient som er så mye mer familie- og nærsamfunnsorientert enn oss. Hvem tar de viktige beslutningene her? Hvordan kan vi være kultursensitive og la deres legende prosesser gå slik de bør? Minst mulig grad av destruktive misforståelser er målet. God tolketjeneste er en nøkkel. Den må være utdannet og helst fra den aktuelle stammen eller det aktuelle folket.

Dr. Nichole Riese er også forsker med doktorgrad på indianerpasienters opplevelser på sykehus. Hun har jobbet i mange forskjellige urfolksområder, flyr fremdeles ut og har mye å fortelle. Utposten fikk en dobbelttime med henne og vi presenterer hennes erfaringer i et senere nummer.

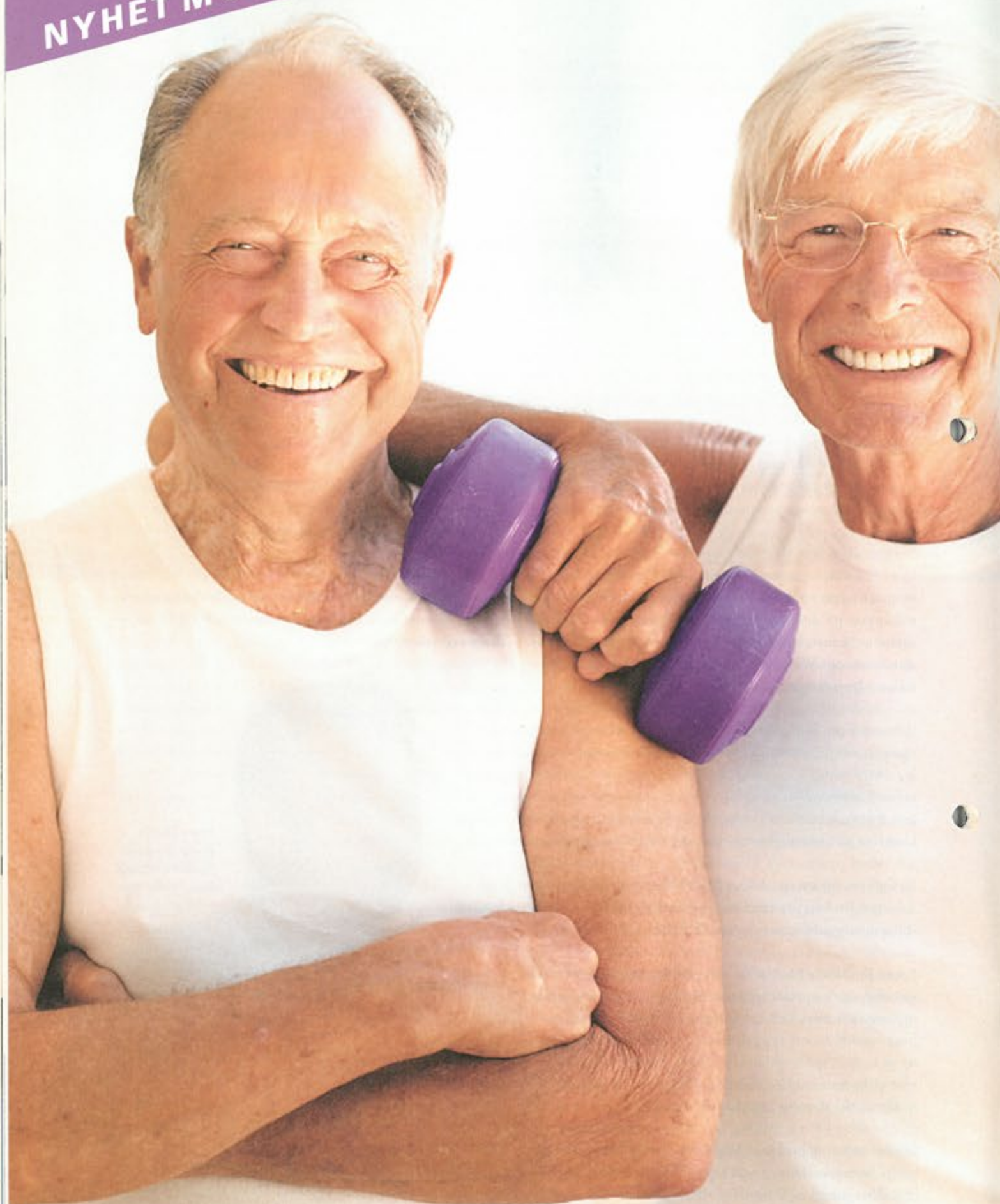
Legestudenten Amy Crate hadde sommerjobb på senteret. Hun hadde fått plass på universitetet gjennom et eget program; ACCESS. Hun har vokst opp på indianerreservatet Fisher River og er datter av maratonløperen Grenwill Crate. Hun klarer seg godt med ett ben i hver kultur og kan sikkert bli en viktig ressurs for tverrkulturell forståelse blant medstudentene sine. Det var grunnleggeren selv som fikk til ACCESS slik at indianerne selv kunne utdannes og så hjelpe sine egne.

Renee J. Barclay er PR- medarbeider. Hvordan kan man ellers skaffe interesse, inspirere helsepersonell og få tak i penger til arbeidet!?



*Bruce Martin,
engasjert leder av
Northern Medical
Unit.*

NYHET MOT KOLS



Aktiv mot **KOLS**

Seretide® Diskus® 50/500 er godkjent for behandling av KOLS¹:

- Bedre lungefunksjon etter 1 dag²
- Bedring av symptomer etter 1 uke³
- Bedring av livskvalitet etter 2 måneder⁴

Å være aktiv mot KOLS innebærer en kombinasjon av røykeavvenning, fysisk aktivitet og effektiv medisinering.

Ta kontakt med oss for et aktivt samarbeid! Telefon 22 70 20 00.



Seretide® Diskus®
Mer liv – i dag og i morgen^{4,5}

Seksualitet, samliv og

MENNESKELIGE UTFORDRINGER – ETISKE ASPEKTER

AV GUTTORM EIDSLOTT

Innledning og bakgrunn

Artikkelen er et bearbejdet foredrag som ble holdt ved Rehabiliteringsklinikken ved Sykehuset Innlandet HF Elverum-Hamar. Artikkelen vil i liten grad berøre medisinske og tekniske forhold som har med seksuelle hjelpemidler å gjøre. De som vil vite mer, henvises til andre skriv, for eksempel heftet «Funksjonshemmede og seksualitet – en veileder» (1999). Jeg vil berøre flest mulig av disse forhold prinsipielt og utfra en overordnet etisk tenkning.

Rehabiliteringsklinikken ved Sykehuset Innlandet HF Elverum-Hamar har dannet en gruppe blant de ansatte som kalles «Interessegruppe for seksualitet og samliv» (ISS). Deltakere i gruppen har vært med på å arrangere en kongress på Hamar der dette temaet var sentralt. ISS har også lagd en kvalitativ spørreundersøkelse, og resultatene fra denne ble presentert på kongressen. ISS er opptatt av en tverrfaglig tilnærming, slik at man har tatt opp både medisinske og etiske forhold. Man har også hatt en kursdag med fokus på samtalen og samtalsituasjonen.

Seksualiteten i menneskenes liv

Seksualiteten er en del av hele mennesket og inngår i de behov som alle mennesker har. En viktig del av vår individuelle livshistorie er at vi utvikler vår seksuelle identitet. For de fleste vedkommende handler dette om orientering mot en person av motsatt kjønn. For noen handler det om å orientere seg seksuelt mot en av samme kjønn. Uansett egne posisjoner må vi forholde oss til at det er slik.

Seksualiteten manifesterer seg overalt der mennesker møtes og er grunnleggende for vårt selvilde og vår oppfatning av oss sjøl. Alle mennesker har behov for å få en bekreftelse på sin egen seksualitet. «Seksualitet er ikke det samme som samleie, eller evnen til å få orgasme, og er heller ikke summen av hele vårt erotiske liv. Alt dette kan være en del av



Guttorm Eidslott

er 49 år, gift trebarnsfar og sykehusprest ved Sykehuset Innlandet HF Elverum-Hamar, arbeider mest i Elverum. Han er også prest for sykehusets rehabiliteringsklinikk.

vår seksualitet, men behøver ikke være det. Seksualiteten omfatter så mye mer, den finnes i energien som driver oss til å søke kjærlighet, kontakt, varme og nærhet; den uttrykkes i det vi føler, hvordan vi beveger oss, hvordan vi berører andre og hvordan vi selv blir berørt. Seksualiteten handler om å være sensuell, så vel som å være seksuell.» (Fra en bok utgitt av WHO, oversatt av Nordqvist 1994, s. 305).

Kirka har tradisjonelt blitt beskyldt for å ha et snerpete syn på sex. Det er ikke noe enkelt svar på hvorfor dette har vært slik. I dag er man i kirkelig sammenheng mer opptatt av å se kropp og sex som noe gudskapt i oss som vi skal glede oss over og være stolte av. Undertrykkelse av seksuelle behov har ingen ting med kristendom å gjøre. Noe helt annet er normen om at seksualiteten ikke skal leves ut etter for-godtbefinnende hvor som helst, når som helst og med hvem som helst. En slik holdning ville være en alvorlig krenkelse av menneskeverdet.

Seksualitet: Mer enn kroppen

I deler av massemedia opplever vi i dag det vi kan kalle tingliggjøring og forflating av seksualiteten, for eksempel der den bare handler om kropp og fysisk behovstilfredstillelse. Hvis seksualitet kobles fri fra kjærlighet, sensualitet, erotikk, ansvar og gjensidig forpliktelse vil verdigheten forsvinne. Forfatteren og filosofen Nina Karin Monsen er en

funksjonshemning



av dem som er opptatt av dette. Hennes utgangspunkt, så vidt jeg kjenner til, er allment humanistisk. Hun påstår: Der seksualitet bare handler om kropp og orgasme blir mennesket «... til ensomme og isolerte satellitter kretsende rundt nytelsens mange altere». Hun belyser hva hun mener med et eksempel: «En kvinne skrev til et ukeblad og spurte om det var noe i veien med henne. Hun brukte vagina-kuler til daglig, hadde dildoen med seg på kontoret og brukte den ved toalettbesøk. Skulle hun fortelle sin mann om sine vaner? Ukebladets ukloke kone svarte neida, dette var normalt; hun hadde ingenting å skamme seg over» (kronikk i Dagbladet 2002).

Erotikk og sex

Johnsen og Vardeberg (1996) fra Trenings og Rådgivingsenteret ved Sunnaas sykehus definerer seksualitet som psykologisk søken (*erotikk*) og fysiske handlinger (*sex*). I denne sammenhengen siterer de Georg Bataille som sier dette om erotikk:

«Reproduksjonens seksuelle aktivitet er felles for kjønede dyr og mennesker, men mennesker er tilsynelatende alene om å ha gjort sin seksuelle aktivitet til en erotisk aktivitet. I motsetning til den enkle seksuelle aktiviteten, er erotismen en psykologisk søken som er uavhengig av det naturlige målet: reproduksjon og omsorg for barn»

(Georg Bataille, 1996).

Med sex mener vi oftest en seksuell aktivitet. Iflg. Johnsen og Vardeberg handler sex ofte om tre ting:

1. Tilfredsstille seg selv
2. Tilfredsstille en partner
3. Lage barn (reproduksjon)

Seksualitet er selvfølgelig mer enn dette, men de mener at denne inndelingen er nyttig for å se hvilke funksjonsområder som eventuelt er berørt av en persons funksjonshemning, og at den letter en konkret tilnærming til problemområdene.

Ikke lenger attraktiv? Reaksjoner på store helseendringer/funksjonstap

Psykolog Hilde Bergersen skriver i «Utposten» (2002):

«Det banker på kontordøra og en traust, flott kar triller inn. Han har vært på flere permer hjemme og skal nå snart skrives ut og flytte hjem til kona. Barna er flyttet hjemmefra. Han er delvis lam i vestre arm og bein, og har beholdt en bra kognitiv funksjon. «Er det noe du vil snakke om?», spør jeg. «Jeg er ikke mann lenger!» buser han ut og ser trist ut. For ham viste det seg å handle om at han følte han ikke var verdig som seksualpartner for kona si, når han ikke lenger hadde full førlighet. Han visste ikke hva hun følte nå – om hun ønsket å ta opp igjen seksuallivet» (side 12).

Fortellingen viser flere ting. *Det første* er den store betydning som seksualiteten har i et menneskes liv. *Det andre* at sykdom og handicap påvirker menneskets seksualitet og evnen til å uttrykke og leve ut denne. *Det tredje* er at fortellingen kanskje røper forestillingen om at seksualitet er forbeholdt såkalt friske mennesker. Og for *det fjerde* viser det hvor mye det betyr å kunne snakke om slike forhold hos en som forstår.

Det kan også være mye annet enn funksjonshemninger som påvirker vår seksuelle lyst. Det kan være noe så alminnelig som langvarig trøtthet, psykisk nedstemthet og andre ganske alminnelige forhold. I slike perioder av livet vil gjerne seksuelle behov komme i bakgrunnen en periode. En har da mer behov for ømhet, nærhet og omsorg.

Når det gjelder fysiske skader kan de være av en slik art at de fysisk har lagt et hinder for seksuell utfoldelse, altså organrelatert funksjonsnedsettelse som fører til begrensninger for den seksuelle utfoldelse. Problemet kan også ligge på et psykologisk plan fordi det har inntrådt en endring i selvbildet, forandra utseende eller sosial isolasjon. Seksualitet sammenkobles ofte med ungdom, skjønnhet og helse. Reklame og massemedia er med å forsterke dette idebildet. (Jfr. Silber 1996, s. 3703).

Når det har oppstått en funksjonshemning er dette en tapsopplevelse. Sorg, tap og krise er nært forbundet med hverandre og faglitteraturen skiller heller ikke skarpt mellom dem. Ei krise kan komme som en reaksjon på tapet av helse, og denne krisa har mye til felles med en sorgreaksjon. En utbredt teori (se f.eks E. Kübler-Ross, Johan Cullberg o.a.) når det gjelder krisens forløp er den såkalte **fasettenkingen**. Den innebærer at reaksjonene følger et bestemt forløp. Den forteller at etter sjokket følger det en *reaksjonsperiode*, så en *bearbeidingsfase* som til slutt går over i en *akseptasjonsfase*. Davidsen – Nielsen og Leick (1987) beskriver fire oppgaver i sorgarbeid. Med betegnelsen oppgave understrekes personens selvstendighet og at sorgarbeidet er en prosess som krever noe aktivt av den kriserammede/sørgende. Oppgavene er:

1. Erkjennelse av tapet
2. Sorgens følelser skal forløses

3. Tilegnelse av nye ferdigheter
4. Reinvestering av den følelsesmessige energi.

I de senere år har der skjedd en oppmykning av den rigide fasettenkingen. Det er så mange forhold som spiller inn. Alder, kjønn, etnisk og kulturell tilhørighet. Bergersen (2002) lanserer i Utposten den **bio-psyko-sosiale modellen** som tar hensyn til at individuelle og kontekstuelle forhold vil innvirke på forløpet av krisen.

«Biologiske faktorer som den konkrete, fysiske skaden, medfødt sårbarhet for å reagere med ulike lidelser ved belastninger, samt personens temperament vil innvirke. Livshistorie og personlighet vil spille inn. Likeens vil kulturen og sammenhengen man lever i – nettverk, økonomi, praktisk hjelp, sosiale tilleggsbelastninger, tilrettelegging, forventninger osv. bidra» (Bergersen, s. 3).

Denne og andre nyere teorier viser at det finnes ulike tilnærminger til sorg og krise. Noe som binder ulike modeller sammen er erkjennelsen av det smertelige i de ulike tap, og at det er viktig for dem som rammes at man kommer inn i et dynamisk forhold til sin sorg. Are Holen (1993) har pekt på at vanskelig sorgbearbeidelse eller utsatt/opphengt sorg er et stort og lite påaktet helseproblem.

Helsearbeidernes holdninger

Det blir hevdet at helsepersonell ofte har problemer med å ta opp seksuelle problemer med pasienter (Se for eksempel Silber 1996, s. 374). Mangelen på åpenhet kan være gjensidig. Det kan komme av at seksualiteten er det mest private og intime livsområde vi har. Helsearbeidere kan ha to barrierer å arbeide mot: Sin egen motstand og pasientens. Pasientens kjønn, alder, etniske opprinnelse og sosiale forhold vil spille inn. Men også hvilken type handicap det dreier seg om, hvor stort handikappet er og om det er synlig eller usynlig. Også helsearbeiderens alder, kjønn, bakgrunn, interesse for sexologi er faktorer som vil spille inn. Undersøkelser fra Sverige og USA viser dessuten at menns seksuelle problemer gjennomgående får mer oppmerksomhet enn kvinners.

Nordquist (1991) understreker hvor mye helsepersonellens *holdninger* betyr. Dersom helsepersonell har egne holdninger, negative holdninger og dårlige kunnskaper på området så fører dette til at man helst unnviker temaet. Hva betyr så *holdning*? Det er jo et ord vi bruker ofte som såkalt honnørord, men vi tenker kanskje ikke så nøye gjennom hva vi mener med det. Der vi nå bruker ordet holdning, snakket man i tidligere generasjoner om *dyder*: Som når det gjelder empati, så har holdning både ei tankemessig og ei følelsesmessig side. Det tankemessige i det er at vi oppfatter at det foreligger ei etisk utfordring. Og det som skal gjøres, må fornemmes i nærkontakt med mennesker. «Holdninger

fører til oppfattelse av handlingsutfordringer, gir impulser til handling, preger handlemåten», skriver teologen og etiker Ivar Asheim. Holdninger handler også om en stabil følelsesmessig innstilling til våre medmennesker. Sensitivitet for følelser og medfølelse er vesentlig. «Sensitiviteten formidler den moralske gjenstand til oss, setter kognisjonen i gang, får oss til å se en situasjons moralske dimensjon.» (Asheim 1997, s. 251).

I denne sammenhengen kreves det av helsearbeideren at denne er bevisst på egne holdninger til seksualitet og handikap. Hun/ han må ha en positiv holdning til seksualitet og handikap for å kunne formidle hvordan en bevegelseshemmet mann eller kvinne skal kunne oppdage eller ta tilbake sin seksuelle identitet. Det negative alternativet er fortieelse og unnvikelse og at ansvaret skyves over på noen andre.

Samtale og empati

Her som i alle andre forhold i helsevesenet vil vi understreke betydningen av den gode samtalen og empati. Samtalen som åpner. Den gode samtalen preges av empati. Empati handler om å gi et annet menneske tid, innlevelse og oppmerksomhet. Ulla Holm (1987, s.60ff) understreker at empati handler om *tankemessig* og *følelsesmessig* forståelse. Det handler om å plassere seg selv i en annens indre virkelighet uten å bli truet av den andres opplevelse eller følelser. En slik holdning fører fram til «den empatiske opplevelsen» som handler om en plutselig kunnskap og forståelse av et annet menneskes følelsesmessige tilstand.

Jon T. Monsen skriver at «Empati betyr å oppleve kvaliteten i en følelse eller stemning uten å ta stilling for eller imot. Hvis vi tenker oss en verdiskala der sympati og antipati danner ytterpunktene, ligger empati på midten» (Monsen 1991, s. 140). Det betyr ikke nøytralitet, men at man fatter kvaliteten i den andres opplevelse, uten at man tar stilling til for eller imot.

Sexologi

Det trengs også kunnskap. Den såkalte sexologi kan gi oss denne. Like viktig som teoretisk undervisning er bearbeiding av egne holdninger til egen og andres seksualitet. Å lære seg å skille mellom sin egen private seksualitet og normer og innata en profesjonell holdning til pasienter.

Seksuelle hjelpemidler

Slike hjelpemidler har eksistert i flere tusen år. Det er hjelpemidler som er med på å erstatte, støtte eller kompensere for seksualfunksjonen, særlig i de tilfeller der denne er sviktende. Slike hjelpemidler er aldri en erstatning for en partner eller en kjæreste. Men det er et faktum at mange mennesker, også funksjonshemmede, lever alene.

Seksuelle hjelpemidler ved ulike funksjonshemninger er et forsømt område. Det er kanskje ikke så rart. For det finnes en stor og useriøs markedsføring for slike hjelpemidler som heller ikke retter seg spesielt mot funksjonshemmede. Store medisinske Leksikon skriver (1999): «Seksuelle hjelpemidler for funksjonshemmede bør betraktes på linje med andre hjelpemidler, for eksempel rullestol eller krykker. Som ledd i omsorgen for funksjonshemmede vil seksuelle hjelpemidler være en viktig del av arbeidet for å bedre den enkelte livskvalitet». Samme leksikon hevder også at seksuelle hjelpemidler ved forskjellige funksjonshemninger er et informasjonsmessig forsømt område. Det er altså sterke grunner for å betrakte seksuelle hjelpemidler etter samme prinsipper som andre hjelpemidler til handikappede. Det vil stille krav til mer seriøs markedsføring, strengere krav til kvalitet og at det bør gis nødvendig instruksjon. Det sier seg sjøl at dette ikke er ei enkel oppgave. Det vil sette helseansatte på prøve. Det vil handle om holdninger og etikk, om bluferdighet og respekt. Det er et viktig poeng at slike hjelpemidler ikke skal være slik at de krenker menneskeverdet.

Før og nå. Og en liten oppsummering

Det har heldigvis skjedd mye de siste 30 år når det gjelder funksjonshemmede i institusjoner og holdninger til seksualitet. I 1972 skrev den svenske kvinnen Gunnel Enby boka «Også vi må få elske». Det som hun beskriver som vanlig i svenske institusjoner for 30 år siden er sjokkerende og forstemmende lesning. Det handlet om forbud og påbud, om å kvele ethvert tilløp til seksuelle handlinger. Beboerne hadde ingen rett til privatliv og de ble overvåket. Da boka kom, var den et kampprop for de funksjonshemmedes rett til kjærlighet og fellesskap på det erotiske plan.

Fremdeles er det en lang vei å gå. Fremdeles er det ønskelig med større åpenhet og å bryte barrierer for hva vi tør å snakke om. Det handler om vilje til å hjelpe, vilje til å hente inn kunnskap og gi den videre. Vilje til å legge til rette for at funksjonshemmede alene og deres eventuelle partnere kan leve så normalt som mulig.

Hjelpen skal være adekvat og mest mulig hjelp til selvhjelp. Vi skal ikke krenke et medmenneske. Jeg tenker at å krenke et medmenneske i en slik situasjon kan bety to ting. Det kan være å neglisjere problemstillingen, ikke ville ta den opp å grunn av egen forlegenhet eller egne hemninger. Men det kan også være å invadere et medmenneske fysisk eller følelsesmessig eller begge deler. Det vi gjør, skal skje i respekt for våre medmennesker og skal verne om menneskeverdet.

Litteratur til temaet fås ved henvendelse til forfatteren.

Er det så viktig med tidlig diagn

Allmennpraktiserende leger svikter sin oppgave

AV HARALD A. NYGAARD

Innledning

Aldersdemens er en folkesykdom. Høy alder er den viktigste risikofaktor for å utvikle en demenssykdom. Blant eldre over 90 år er en tredel rammet (1). Folkesykdommer er vanligvis et område hvor allmennpraktiserende leger har store interesser, men engasjementet er ikke fullt så imponerende når det gjelder å ta hånd om diagnostisering av aldersdemens. Det kan synes som om det er et generelt fenomen innen primærhelsetjenesten å sky disse problemstillingene. Situasjonen er nemlig ikke enestående for norske forhold. Både i USA, Sverige, Storbritannia og Norge synes det som om dette er et nedprioritert arbeidsfelt (2–6). Nylig gjennomgikk jeg 100 henvisninger til geriatrik poliklinikk for utredning av demens i den hensikt å se nøyer på hvilke konkrete diagnose-relaterte opplysninger de inneholdt. Henvisning til spesialisthelsetjenesten bør jo konkretisere en problemstilling basert på forutgående egenvurdering. Førtiseks prosent av søknadene inneholdt omtrent ingen opplysninger som reflekterte at henvisende lege hadde foretatt noen faglig vurdering. Tjuen prosent var godt eller meget godt fundert. Selv om Mini Mental Status Examination (MMSE) ikke sier all verden, gir den i et hvert fall en grov pekepinn på vedkommendes kognitive funksjoner. MMSE var angitt i 20 prosent av henvisningene. (MMSE var heller ikke et krav for at henvisningen ble oppfattet som god). Omtrent like mange var ledsaget av opplysninger om relevante laboratorieprøver. Min fortolkning er at allmennpraktikeren i mange tilfeller ikke hadde gjort det minste forsøk på å komme til en diagnostisk avklaring før henvisning til spesialisthelsetjenesten fant sted.

Jeg har ofte fundert på hvorfor allmennpraktikeren er så fraværende i denne sammenhengen. Allmennpraktikeren vil jo, enten de liker det eller ei, sitte med ansvaret for disse pasientene. Hva skjer når disse personene skal undersøkes og behandles for andre sykdommer? Hvor gode er de anamnesticke opplysninger man bygger sin vurdering på? Er dette ensbetydende med at en person er mentalt intakt dersom hun/han svarer «rimelig greit» for seg?

Det skal medgis at det ikke alltid er enkelt å stille en demensdiagnose. Én ting er de differensialdiagnostiske av-



Harald A. Nygaard

Professor dr. med.
Universitetet i Bergen
Seksjon for geriatri
Institutt for samfunns-
medisinske fag og
Geriatrisk seksjon
Haraldsplass
Diakonale Sykehus
Ulriksdal 8 c
5009 Bergen

grensningene som må finne sted. Men demens er en klinisk diagnose og baseres i stor grad på intervju med pasient og pårørende. Dette kan stundom være en tidkrevende øvelse.

Det er min oppfatning at den vesentlige del av demensdiagnostikken og behandlingen skal finne sted i primærhelsetjenesten. Det er flere forhold som taler for at allmennpraktikeren har fordeler som spesialisthelsetjenesten ikke er i besittelse av. Ifølge målbeskrivelsen for allmennmedisin¹ er allmennmedisin den generelle, forebyggende og behandlende medisin. Videre heter det: «Et karakteristisk trekk for allmennmedisin er bl.a. også det kontinuerlige arbeid med pasienter. Den er individ-, familie- eller grupperettet. ... og har kontakt over tid med individ, familie, ... kunnskap om samspill mellom individene i familie og miljø og har et bredt medisinsk ansvar for individets helsemessige og sosiale situasjon...». Allmennpraktikeren sitter derfor midt i smørøyet hva gjelder forutsetninger for å stille en demensdiagnose.

Demensdiagnosen – jo senere den stilles jo bedre?

Man kan saktens finne argumenter for at det ikke er så preserende med tidlig diagnose. For det første har vi ingen *virkelig god* medikamentell behandling å tilby. Man kan ikke se bort fra at dersom diagnosen stilles i et tidlig stadium vil dette kunne medføre en psykisk belastning både for vedkommende selv og for familien, med depressive reaksjoner (som må behandles) som en alvorlig konsekvens. For enkelte kan det sogar få yrkesmessige konsekvenser. Ved-

¹ www.legeforeningen.no/index.db?id=1130

ostisering av aldersdemens?

kommende kan føle seg stigmatisert. Dessuten er utredningen er tidkrevende og man føler seg muligens ikke kompetent. På toppen av det hele kommer at det kanskje er ubehagelig for legen. Diagnosen kan for legen medføre ringvirkninger av sjelesørgerisk og informasjonsmessig karakter ikke bare overfor pasienten.

Forhold som taler for diagnostisering av tidlig demens

Demens er etter min mening å sammenlikne med en malign lidelse: Årsaken er ikke kjent, det finnes ingen kausal behandling, den kan ikke helbredes, behandlingen er i prinsippet av palliativ natur og sykdommen er dødelig. Vanligvis er man av den oppfatning at det er viktig å stille en malign diagnose så tidlig som mulig, og at pasienten har krav på å vite om egen helsetilstand.

Tidlig diagnose gir pasienten mulighet til å treffe viktige disposisjoner. Det finnes en del eldre som post mortem ikke har fått sitt testamente «godkjent» fordi en arving har anfektet testamentets gyldighet. Hva med å opprette sitt livstestamente? Tidlig diagnose gir mulighet til informasjon til pårørende på et tidspunkt hvor de har mulighet for å anvende informasjonen. Kunnskap hos pårørende fører til bedret forståelse, toleranse og mestring og øker muligheten for å bli boende lenger i eget hjem (7). Men pårørende trenger stundom hjelp til å ta det første skritt.

Det er mulig at eldres dårlige renommé som bilførere til dels har sammenheng med at leger ikke er påpasselige når det gjelder å utstede helbredsattest til bilførere over 70 år (8). Den senere tids diskusjon om at retten til å utstede helbredsattest i forbindelse med kjøretillatelse for eldre skal forbeholdes et begrenset antall leger, må sees på denne bakgrunn.

To innfallsvinkler til demensutredning

Det er et karakteristisk trekk at mange personer med demens ikke har innsikt i sin egen situasjon. De kan kokettere med sin glemsomhet, men dersom de blir konfrontert med konsekvensene av lidelsen (f.eks. inndraging av sertifikat), blir de overrasket, stiller seg uforstående og har mange argumenter for at legen tar feil. Oftest er det familien som bringer spørsmålet på banen og som tar initiativet til en utredning.

DEMENTEAMET

Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens har utarbeidet en pakke for utredning av demens i primærhelsetjenesten¹. Det anbefales at man lokalt etablerer dementeam hvor forskjellige aktører ivaretar spesielle oppgaver og hvor teamet blir enig om hvorledes pasienten og pårørende i fremtiden skal følges opp. Legen har en viktig rolle i dette teamet, og den endelige diagnosen stilles på bakgrunn av innspill fra hele teamet. Opplegget har vært utprøvd i noen kommuner. Erfaringene har vært gode, bortsett fra at det ofte er vanskelig å få legen på banen. Den nye fastlegeordningen burde gjøre det lettere å etablere en slik ordning. Men dette systemet trer jo først i kraft når sykdommen har ført til synlige symptomer og ofte sosiale konsekvenser. Refusjonsordningen sikrer at legen ikke går bankerott² grunnet arbeid med demens (10).

¹ Skjema med tester kan bestilles hos Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, postboks 65, 3107 Sem

² Følgende takster kan komme til anvendelse ved utredning av demens (10): If 2ad, 2cd, 2dd, 11e, 612a, 615, 616, 617a, 701. I tillegg kommer laboratorieprover og EKG

CASE FINDING

Demens slik som den er definert i ICD-10, er en klinisk diagnose. (Se faktarute). Kognitive tester (f.eks. MMSE – Mini Mental State Examination) er strengt tatt ingen forutsetning, men de kan være en hjelp og gode å ha som dokumentasjon. Men hva er i veien for at man benytter de anledningene som byr seg til å *vurdere* en mulig kognitiv svikt? Dersom allmennpraktikerens målsetting skal tas på alvor er jo de eldre nettopp den pasientgruppen hvor man kan ta i bruk de fortrinn som allmennpraktikeren er utstyrt med.

Jeg mener ikke at man skal overfalle alle eldre med en kognitiv test i håp om å knipe flest mulig tilfeller av demens i tidlig stadium. Under forutsetning av at det over lengre tid har funnet sted en kommunikasjon mellom lege og pasient, vil man kunne registrere endringer i «kvaliteten» på konsultasjonen. Det finnes også situasjoner hvor det ikke kan være problematisk å informere en pasient om at f.eks. depressive symptomer, angst, mistanke om lavt stoffskifte, tilstand etter hjerneslag eller annen akutt alvorlig sykdom kan ledsages av kognitiv svikt og at man gjerne vil ta en slik test. Ved utstedelse av legeerklæring for førerkort går man også god for at vedkommende er mentalt intakt. Det kan ikke være vanskelig å flette en kognitiv test inn i denne sammenheng.

Nettopp fordi tidsfaktoren er avgjørende i allmennpraksis har man i lengre tid forsøkt å utarbeide stadig kortere screeningtester. De har alle sine svakheter, og nettopp når det gjelder tidlig demens risikerer man at mange faller utenfor. En kompleks diagnose som aldersdemens kan ikke stilles på et blunk, men hvem skal man vie mer tid? Her burde allmennpraktikerens tidligere kunnskap om pasienten virkelig komme til sin rett. MMSE er velkjent, men åpenbart relativt lite brukt. Enkelte har anbefalt klokke tegning⁴, men meningene om hva den presterer som eneste screeninginstrument er delte. Borson og medarbeidere har konstruert et instrument kalt Min-Cog (10). Den benytter seg av ett spørsmål fra MMSE (huske tre ord) og klokke tegning. Dette enkle settet som kun tar et par minutter å utføre, er vist å være like god som MMSE. Jeg har kun prøvet den i et par tilfeller hvor MMSE var innen referanseområdet. Svaret på Mini-Cog var imidlertid patologisk. Det kunne vært en oppgave for allmennpraktikere å sette i gang med en prospektiv undersøkelse om dette var en enkel og likevel brukbar metode.

Medikamentell behandling av Alzheimers sykdom

Nåværende legemiddelbehandling er kun symptomatisk. Den er ingen erstatning for ikke-medikamentelle tiltak for å stimulere og å opprettholde kognitiv og generell fungering lengst mulig. (Kfr. den gode effekt i placebogruppen i kon-

trollerte forsøk med kolinesterasehemmere (KEH)). Ut fra tankegangen at nevronene fungerer best jo mindre skadet de er, er det en generell oppfatning at behandlingen bør starte så tidlig som mulig etter at diagnosen Alzheimers sykdom er stillet. Men jo mindre de kognitive funksjonene er ramponert, dess mindre vil også den målbare behandlingseffekten være. Det er ikke dokumentert at man kan oppnå en slik protrahtert effekt med KEH. Teoretisk er muligheten for en slik effekt muligens større med den nye typen antide-
mensmedisin (ADM) memantin, en NMDA antagonist.

Siden demensdiagnosen i vesentlig grad er knyttet til kognitiv svikt var det naturlig at den initiale utprøvingen av ADM fokuserte på endringer i kognitive funksjoner. Dersom man legger relativt strenge kriterier til grunn for effekten av behandlingen (både kognitive testing og global vurdering) vil man i gjennomsnitt oppnå en forskyvning av sykdomsforløpet med ca. ett år. «Numbers needed to treat» er da fem til seks (11). Etter hvert har man erfart at det er andre symptomer hos personer med demens som kan være vel så viktige med hensyn til å fungere i dagliglivet. Ifølge pårørende er bedre oppmerksomhet, og at pasienten er «mer tilstede» endringer som er mer påfallende enn en eventuell bedring av hukommelsesfunksjonene. Det er også påvist bedring av evnen til å planlegge og å gjennomføre praktiske daglige oppgaver. I en undersøkelse fant man at pasienter som fikk aktiv behandling trengte nesten én time mindre tilsyn daglig sammenliknet med placebogruppen (12). Undersøkelser har også vist at KEH også kan påvirke atferdssymptomer i gunstig retning (13). Det er sjelden at disse endringene oppleves som «revolusjonerende». Men ofte representerer de positive opplevelser i forbindelse med en sykdomsutvikling som ellers utelukkende kjennetegnes av negative erfaringer.

Det finnes ingen allment aksepterte retningslinjer for når man skal starte, hvorledes pasientene skal følges opp og når behandlingen skal stoppes. Når diagnosen Alzheimers sykdom av lett (MMSE over 15 poeng) eller moderat (MMSE 10–14 poeng) grad er stillet, bør behandling overveies. Etter min mening bør alle som oppfyller de diagnostiske kriteriene *vurderes* med henblikk på behandling. Men først må man forvisse seg om at muligheten for å etterleve doseringsforskriftene er tilstede. Det er ikke akseptabelt at en pårørende eller hjemmesykepleier gjør i stand en ukedose, og at den demente selv ellers administrerer behandlingen. Pasienter som vanligvis nekter å ta medikamenter er ikke egnet for behandling. Det må med andre ord være et nettverk omkring pasienten. De første ukene er det toleransen som må overvåkes. Gastrointestinale plager er vanligste bivirkninger. Mange demente er ikke i stand til å gi uttrykk for subjektive plager. Appetitten må overvåkes.

⁴ F.eks. tegn en klokke med alle tallene og med visere som angir et bestemt klokkeslett, for eksempel 11.25.

Kriterier for demens (ICD 10)

- I. (1) Svekket hukommelse, især for nyere data
(2) Svekkelse av andre kognitive funksjoner (f.eks. abstraksjon, dømmekraft, tenkning, planlegging (svikt i én funksjon er tilstrekkelig). Den kognitive svikten må influere på dagliglivets funksjoner:
Mild: påvirker normale daglige aktiviteter.
Moderat: kan ikke klare seg uten hjelp av andre.
Alvorlig: Nødvendig med kontinuerlig pleie og overvåkning.
- II. Bevart bevissthet tilstrekkelig til at pkt I kan bedømmes
- III. Svekket emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd med en eller flere av følgende:
(1) Emosjonell labilitet
(2) Irritabilitet
(3) Apati
(4) Unyansert atferd
- IV. Varighet i minst 6 måneder.

Kriterier for Alzheimers sykdom (ICD 10)

- A. Generelle demenskriterier oppfylt. B. Annen hjerneorganisk eller psykoaktiv stoffbetinget etiologi utelukket
- Tidlig debut: A. Alder under 65 år.
B. En eller flere av følgende:
(1) Hurtig start og progresjon; (2) Multiple kortikale forstyrrelser (afasi, apraksi, agrafi, akalkuli, aleksi).
- Sen debut: A. Alder 65 år eller eldre
B. En eller flere av følgende: (1) Langsom snikende start og progresjon (2) Hukommelsesforstyrrelsene er mest fremtredende

Kriterier for vaskulær demens (ICD 10)

- A. Generelle demenskriterier oppfylt
- B. Den kognitive svikten er ujevn fordelt
- C. Bevis for fokal hjernelidelse med én eller flere av følgende: (1) Spastisk hemiparese. (2) Ensidig refleksovervekt. (3) Patologisk patellarrefleks på en side. (4) Pseudobulbær parese
- D. Bevis for cerebrovaskulær lidelse

Pårørende må observere endringer i oppmerksomhet, interesse for omgivelsene, atferd, sosial atferd og interaksjon og kognitiv fungering. Man må avvente fire til seks måneder før man avgjør om behandlingen har hatt noen effekt. MMSE skal følges, men nytten må vurderes på bakgrunn av en global vurdering. Det skal innrømmes at det kan være vanskelig å vurdere behandlingseffekten. For den enkelte pasient kan det være så store variasjoner mht til poengsummen på MMSE, at testen ikke anses som brukbar som *eneste* effektparameter. Det er bare å beklage at Legemiddelverket baserer effektvurderingen utelukkende på MMS. Stabil eller bedret MMSE over tid er ett mål på at behandlingen har effekt. Hos ubehandlede pasienter regner man med at MMSE i *gjennomsnitt* taper seg med ca. fire poeng pr. år.

Det finnes heller ikke klare kriterier for hvor lenge den medikamentelle behandling bør/skal pågå. Man må tilstrebe en helhetlig vurdering når man overveier å seponere behandlingen. Personlig har jeg ofte benyttet meg av en prøveseponering. (Det kan være aktuelt selv om MMSE er over 10–12.) I løpet av 7–12 dager vil man se om det inntrer en brå endring i pasientens tilstand. Hos noen pasienter har dette ført til at behandlingen har blitt re-instituert.

Avsluttende kommentarer

Den samlede årlige estimerte insidens av demens i Norge er ca. 8300. Fordelt på landets allmennpraktiserende leger (2255 iflg. legestatistikken) skulle utredningen samlet sett ikke representere en urovekkende belastning. Jeg mener ikke at allmenn praksis skal fungere som et veldedighetstiltak. Men som enhver forretningsdrivende må også allmennpraktikeren regne med at ikke alle ekspedisjoner gir like god avkastning.

Litteratur

1. Hofman A, Rocca W, Brayne C, et al The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980–1990 findings. *Int J Epidemiol* 1991;20:736–48.
2. Valcour V, Masaki K, Curb D, Blanchette P. The detection of dementia in primary care setting. *Arch Int Med* 2000;160:2964–8.
3. Olafsdóttir M, Foldevi M, Marcusson J. Dementia in primary care: why the low detection rate? *Scand J Prim Health Care* 2001;19:194–8.
4. Renshaw J, Scurfield P, Clokem L, Orrell M. General practitioners' view on early diagnosis of dementia. *Br J Gen Pract* 2001;51:37–8.
5. Engedal K. Organisation of dementia assessment teams in primary and specialist health care services. *Review Series Dementia*. 2002(1):2–7, 23.
6. Nygaard H, Ruths S. Missing the diagnosis: senile dementia in patients admitted to nursing homes. *Scand J Prim Health Care* 2003. (in press)
7. Mittelman M, Ferris S, Shulman E et al. A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *JAMA* 1996;276:1725–32.
8. Viitanen M, Johansson K, Bogdanovic N et al. Alzheimer changes are common in aged drivers killed in single car crashes and at intersections. *Forensic Sci Int*. 1998;96:115–127.
9. Brækhus A. Behov for «demenstakster». *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001;121:2994.
10. Scanlan J, Borson S. The Mini-Cog: receiver operating characteristics with expert and naïve raters. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:216–22.
11. Livingston G, Katona C. How useful are cholinesterase inhibitors in the treatment of Alzheimer's disease? A number needed to treat analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:203–7.
12. Feldman H, Gauthier S, Hecker J et al. Efficacy of donepezil on maintenance of activities of daily living in patients with moderate to severe Alzheimer's disease and the effect on caregiver burden. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:737–44.
13. Cummings J, Anand R, Koumaras B et al. Rivastigmine provides behavioral benefits to Alzheimer's disease patients residing in a nursing home: findings from a 26-week trial. *Neurology* 2000; 54 (Suppl 3): A 468.

Har p-verdier betydning for

Epidemiologi som premissleverandør for samfunnsmedisin

AV ØYVIND NÆSS

Innledning

Resultater fra epidemiologiske studier av individers levevaner slås imellom stort opp i media som viktige risikofaktorer av betydning for helse. I etterkrigstiden har jakten på slike individuelle risikofaktorer blant kroniske sykdommer preget mye av den epidemiologiske forskningen. Mange viktige årsaksfaktorer har blitt identifisert på denne måten, særlig kolesterol og røyking. Imidlertid har forskningen om disse faktorene også gitt mange tvetydige resultater, som eksempel beta karoten og senest hormonsubstitusjon postmenopausal. Etter hvert har det blitt reist mye kritikk mot denne risikofaktorepidemiologien fordi den i altfor stor grad har fokusert på individnivå uten å ta hensyn til hvordan levevaner er betinget av det ytre sosiale miljø. Det antas at de faktorene som bestemmer individenes helse (som genetiske faktorer) er forskjellig fra de som bestemmer hele befolkningens helse (strukturelle faktorer i det sosiale og fysiske miljø). Epidemiologi har alltid vært viktig premissleverandør for folkehelsearbeid selv om fokuset ikke alltid har vært hele populasjonens helse. Dersom epidemiologi fortsatt skal spille en viktig rolle i arbeidet med å bedre folkehelsen, er det avgjørende å identifisere hvilken type epidemiologisk kunnskap som kan ha betydning i dette arbeidet. Dessuten er det nødvendig å se om denne kunnskapsavgrensningen reflekteres i offentlige dokument som skal ta for seg folkehelsepolitikken.

Folkehelsevitenskap og/eller epidemiologi

Enkelte kritikere av epidemiologi har ment at faget i seg selv er et av hovedproblemene for folkehelsen fordi folk skremmes fra å ha et aksepterende forhold til sine egne levevaner. Et mindre ekstremt syn har vært at epidemiologi har beveget seg bort fra sitt kjernefokus og sin hovedberettigelse, nemlig å studere faktorer av betydning for folkehelsen. Istedenfor har faget konsentrert seg om risikofaktorer på individnivå med et perspektiv man har antatt var verdiløst og uten helsepolitiske undertoner. Likefullt blir epidemiologi ansett som et av hovedfagene i folkehelsevitenskap – det er tross alt det faget som studerer sykdomsrisiko. Istedenfor å konsentrere seg utelukkende om assosiasjoner på individnivå har enkelte ment at faget bør søke å



Øyvind Næss

er stipendiat ved Institutt for allmenn og samfunnsmedisinske fag ved Universitetet i Oslo, cand.med. Tromsø 1995, MSc Public Health London 1998. Arbeidet som allmennpraktiker og som assistentlege ved barneavdeling. Siden 2000 stipendiat.

integrere biologiske faktorer med ytre sosiale betingelser for å finne de faktorene som virkelig har betydning for hele befolkningens helse. Folkehelsevitenskap kan defineres som et knippe av fag med pragmatisk mål om å bedre folkehelsen. Både epidemiologi og de andre folkehelsevitenskapene har demos (gr. folk) som utgangspunkt. Derfor har nettopp befolkningsbegrepet hatt stor betydning for intern debatt om epidemiologifagets kjerne. Hvis epidemiologi har sin hovedberettigelse i å identifisere faktorer av betydning for folkehelsen, blir spørsmålet hvilket befolkningsperspektiv vi skal bruke.

Epidemiologiske paradigmer

Utviklingslinjen fra midten av 1800-tallet frem til i dag forteller oss mye om hvilken forståelseshorisont epidemiologi har hatt for å lete etter sykdomsårsaker. Før bakteriene ble identifisert, var sanitærbevegelsen på midten av 1800-tallet opptatt av at sykdomsårsakene lå i miljøet i vid forstand. Å bedre hygien innebar blant annet å rydde opp illelukkende søppel uten at man visste hva innholdet var av sykdomsfremkallende årsaker. Kommentatorer peker på at epidemiologi på dette tidspunktet tok utgangspunkt i befolkningens helse, og tiltakene som fulgte hadde positiv betydning for helsetilstanden selv om mekanismene var ukjente. I perioden som så fulgte frem til andre verdenskrig spilte mikrobiologien en viktig rolle. Etter hvert som infeksjonssykdommene ble erstattet av kroniske sykdommer endret også det epidemiologiske perspektivet seg fra sykdomsagens, bakteriene, til levevaner (den multifaktorielle årsaksmodell). Faktorer i individenes levevaner kunne isoleres, og det ga mening å snakke om disses uavhengige effekt. Framingham-studien la grunnen for en modell hvor risikoberegninger for høyt blodtrykk, kolesterol, fysisk

folkehelsen ?

aktivitet, røyking og overvekt kunne brukes til å fastslå hvor mye effekt endring av hver av disse kunne få for individer. Og deretter kunne dette fortolkes på befolkningsnivå. Disse epidemiologiske paradigmenes avgrensning av hvilke sykdomsårsaker som det var normalt å lete etter, og de lå under som viktige premisser i folkehelseiltak. Den høye forekomsten av magesår med tildels dødelig utgang, illustrerer en epidemi som kom på tvers av to epidemiologiske paradigmer. Epidemien ble forklart med den moderne sivilisasjons stress i etterkrigstiden i en tid da kroniske sykdommer var den normale modellen. Bakterien *helicobacter pylori* ble oppdaget ved en tilfeldighet og kom som en overraskelse fordi få hadde regnet med at en årsak knyttet til en annen tid kunne forklare epidemien.

Geoffrey Rose – plasserte vi ham på museum for tidlig ?

Geoffrey Rose demonstrerte for tyve år siden at årsakene til enkelttilfeller av sykdom og årsakene til en befolknings sykdomsforekomst er forskjellige. Han viste at hvis man deler befolkningen i de med høy og lav serum-kolesterol og behandler individene med høy verdi, har dette mindre betydning for befolkningens sykdomsrisiko. Skal denne reduseres, er det viktigere at fordelingen av en risiko i hele befolkningen endres. Japanere har gjennomsnittlig lavere serum-kolesterol verdier enn skotter. Lavere forekomst av hjerteinfarkt blant japanere forklares av hele denne fordelingen og ikke at de har færre individer med høye verdier. Denne logikken har blitt brukt på andre sykdommer som høyt blodtrykk. En av Rose sine poenger er at årsaken til befolkningsfordeling av risiko ofte er sosialt betinget. Han har blitt mye sitert og er vel nå å regne som en klassiker i samfunnsmedisin. Men det kan synes som om han ble plassert på museum i tidligste laget før betydningen av disse to tilnærmingene ble tydelig i forskning og helsepolitikk. Han demonstrerte ikke bare et poeng mange siden har trukket på skuldrene av. Han identifiserte også en stor epidemiologisk forskningsagenda som først nå begynner å spille en sentral rolle. Hva bestemmer sykdomsrisiko av betydning for folkehelsen og hvilke faktorer vil ha størst utslag hvis de endres på? For å besvare slike spørsmål er det ikke nok å karakterisere individer med høy risiko. Det er viktigere å spørre seg om hvilke faktorer som gjør at en hel befolkning utsettes for risiko.

Befolkningsrisiko på to ulike måter: St.meld. 16 om folkehelse og WHO's årsrapport 2002

Helsepolitiske dokumenter gjenspeiler valg av risikoperspektiv. Stortingsmelding 16 har mange ambisjoner om å bedre folkehelsen. Den legger vekt på å avgrense ansvarsforholdet mellom den enkelte og samfunnet i å nå dette målet. Dessuten anerkjenner den betydningen av tiltak utenfor helsesektoren. Perspektivet i rapporten åpner til tider opp for ambisiøse satsinger. Men i konkretiseringen av dette fremtrer disse ambisjonene mer tvetydig. Det gjøres i liten grad eksplisitt rede for skillet mellom høyrisiko og populasjonsstrategi og hvilken kunnskap slike tiltak eventuelt må hvile på. I avsnittet om kunnskapsutvikling nevnes all epidemiologisk aktivitet i Norge. Og selv om det etterlyses mer kunnskap om effekten av tiltak, gjøres det ikke rede for hva slags kunnskap dette i så fall skal være. Å evaluere individrettede tiltak er lettere enn å evaluere populasjonsrettede tiltak. Flere har kommentert at man begår en samfunnsmedisinsk feilslutning hvis samme metode brukes. Spørsmålet om hvilken befolkningsrisiko som har betydning blir kritisk hvis man skal velge tiltak som har stor betydning for folkehelsen. Slike befolkningsrettede tiltak kan fort bli politisk kontroversielle. Istedenfor å gjøre rede for hva vi vet og ikke vet om slik befolkningsrisiko velger meldingen tilfeldig befolkningsrettede tiltak som virker politisk og økonomisk uproblematisk, som for eksempel abonnementsordning for frukt i skoler.

Der Stortingsmelding 16 pakker kunnskapsgrunnlaget inn, velger WHO i sin årsrapport dette fokuset bevisst. Den gjør det klart at befolkningsrettede strategier har størst betydning, men at vi vet lite om hvilke. Med dette utgangspunktet presenterer rapporten en forskningsbasert gjennomgang av hvilke risiki som har størst betydning globalt og til hvilken pris. Den tradisjonelle måten å regne befolkningsrisiko har vært å ta hensyn til hvor stor proporsjon av befolkningen som utsettes for en risiko og slik regne ut befolkningsstilskrivbar risiko. Dette gir et viktig, men urealistisk bilde for helsepolitiske beslutninger fordi sammenligningsgrunnlaget er totalt fravær av en risiko. Slik rapporten og Geoffrey Rose peker på bør risiko i mange tilfeller heller defineres kontinuerlig. Derfor har WHO regnet ut hvor stor betydning det vil få å endre noe på risikofordelingen i en befolkning, som for eksempel at fordelingen av kolesterol i Skottland nærmer seg fordelingen i Japan. Denne måten å regne befolkningsrisiko kaller WHO «avoidable burden». WHO's rapport forsøker å knytte all sykdomsbyrde i verden til noen globalt definerte risikofaktorer. Begrepet risiko er problematisk blant annet fordi det avhenger av hvilke deler av årsakskjeden man velger ut. Det er høyst diskutabelt om avgrensningene av risiko er gyldige. Og rapporten kan godt kritiseres for at den velger å utelate faktorer som tradisjo-

nelt hører hjemme utenfor samfunnsmedisinens virkefelt som for eksempel fattigdom. Blant annet pågår det for tiden en intens debatt om de etablerte risikofaktorene for hjertekarsykdommer forklarer det meste av forekomsten eller om, uavhengig av disse, andre viktige faktorer som psykososialt stress har betydning. WHO gjør eksplisitt rede for hvilke antagelser de har tatt om dette og viser dermed hvor usikkert kunnskapsgrunnlaget er.

Har p-verdier betydning for folkehelsen?

Kunnskap om tobakkens skadevirkning har i beskjeden grad endret andelen røykere. Denne kunnskapen om røykingens skadevirkning har hatt enorm betydning, men forklarer alene ikke hvorfor så få i lavere sosiale grupper holder fast på vanen. Epidemiologiske studier har etter hvert påvist andre statistisk signifikante assosiasjoner mellom livsstilsfaktorer og helse. Selv om dette har gitt oss verdifull kunnskap om faktorer av potensielt stor betydning for folkehelsen, har flere kommentert at kunnskap om nye risikofaktorer i liten grad gir oss et grunnlag for forebyggende helsearbeid. Det betyr at ikke all kunnskap om epidemiologisk risiko er like nyttig for dette. Leeds-erklæringen slo i 1993 fast at epidemiologiske studier av risiko i fremtiden også bør se på faktorer lenger bak i årsakskjeden. Slike sosiale faktorer har av mange epidemiologer blitt oppfattet som støy i etableringen av biologiske årsaks mekanismer for syk-

dom. Andre har ment at når vi studerer samspillet mellom individuelle risikofaktorer og det sosiale miljø er vi faktisk på sporet av de faktorene som virkelig betyr noe på populasjonsnivå.

Det er nødvendig å skille mellom teori og praksis slik epidemiologi og andre folkehelsevitenskaper i en viss grad står selvstendig i forhold til praktisk samfunnsmedisin. Det praktiske arbeidet med folkehelsen vil alltid være påvirket av politiske omstendigheter epidemiologi som vitenskap må søke å stille seg kritisk i forhold til. Epidemiologer produserer faktagrunnlaget for mye av folkehelsearbeidet, men bør også reflektere over premissene for denne kunnskapen. Hvis det siste utelates, og faget ikke relaterer seg til prosjektet om å bedre folkehelsen, vil det være å lukke øynene til hvordan kunnskap brukes – i seg selv et verdivalg. På samme vis må de som arbeider med praktisk samfunnsmedisin bevisst vurdere hva slags epidemiologisk kunnskap de skal etterspørre. Det er med andre ord ikke et spørsmål om p-verdier har betydning slik enkelte hevder, men hvilke p-verdier det er nyttig å bruke.

Litteraturliste: Henvendelse forfatteren.

Korrespondanse:

Øyvind Næss, Institutt for allmenn og samfunnsmedisinske fag,

Universitetet i Oslo,

E-mail: oyvind.nass@samfunnsmed.uio.no

Tlf: 22 85 06 06



C Seretide - GlaxoSmithKline- Adrenopiskam + kortikosteroid. ATC-nr.: R03A K06

T: 2
T INHALASJONSEROSOL 25/50, 25/125 og 25/250: Hver dose inneholder: Salmetrol, xinaf, aeqv. salmetrol, 25 µg og flutikason, propion, 50 µg, resp. 125 µg og 250 µg, norfluran (1,1,1,2-tetrafluoretan).
T INHALASJONSPULVER 50/100, 50/250 og 50/500 i Diskus: Hver dose inneholder: Salmetrol, xinaf, aeqv. salmetrol, 50 µg og flutikason, propion, 100 µg, resp. 250 µg og 500 µg, lactos.

Indikasjoner: Astma. Vedlikeholdsbehandling av bronkialastma, der en kombinasjon av langtidsvirkende beta₂-agonist og kortikosteroid er indikert. Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOL): Symptomatisk behandling av pasienter med alvorlig KOL (FEV₁ < 50% av forventet verdi) som har hatt gjentatte eksaserbasjoner og som har vesentlige symptomer på tross av jevnlig bruk av bronkodilatorer og legemidler.

Dosering: Preparatene må brukes regelmessig, også i symptomfrie perioder, for optimal behandleseffekt. Terapeutisk effekt av flutikason inntreffer etter 4-7 dager. Behandlingen må ikke avsluttes brått, og dosen endres kun etter avtale med lege. Dosen justeres til en oppdragskontroll, eller lavest mulig dose som gir tilfredsstillende klinisk effekt. Når symptomkontroll opprettholdes med laveste styrke (dvs. 50/100) 2 ganger daglig, kan neste steg være et forsøk med dosering 1 gang daglig, dersom dette anses å kunne opprettholde symptomkontroll. Alternativt kortikosteroid alene. Ved dosering 1 gang daglig doser fortinnvis om kvelden ved rutine symptomer, respektive om morgenen til de pasienter som har mest symptomer om dagen. Dersom aktuell dosering ikke dekker av preparatet, foreskrives passende dose beta-agonist og/eller kortikosteroid.

Astma: Inhalasjonsaerosol: Voksne og barn over 12 år: 2 inhalasjoner (25/50) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 2 inhalasjoner (25/125) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 2 inhalasjoner (25/250) 2 ganger daglig (morgen og kveld). Tilstrekkelig data for behandling av barn under 12 år med inhalasjonsaerosol foreligger ikke. **Inhalasjonspulver:** Inhaleres ved hjelp av Diskus. **Voksne og barn over 12 år:** 1 inhalasjon (50/100) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 1 inhalasjon (50/250) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 1 inhalasjon (50/500) 2 ganger daglig (morgen og kveld). **Barn: 4-12 år:** 1 inhalasjon (50/100) 2 ganger daglig (morgen og kveld). Data foreligger ikke for behandling av barn < 4 år. **KOL:** Inhalasjonspulver: Voksne: 1 inhalasjon (50/500) 2 ganger daglig. Dosejustering ikke nødvendig for eldre eller pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon. Pasienter bør skylle munnen og gurgle halsen med vann etter hver inhalasjon.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Både heshet og candida-infeksjon kan forebygges ved gurgling av hals og skyling av munnen med vann etter inhalasjon. Symptomgivende candida-infeksjoner kan behandles med fungicider til lokal bruk, samtidig som behandling med preparatet fortsettes. Paradoksale bronkospasmer kan inntreffe umiddelbart etter dosering og preparatet seponeres da straks. Pasienten behandles deretter med korttidsvirkende bronkodilator til inhalasjon, ved raskt innsettende effekt. Etter klinisk vurdering av pasienten gis alternativ terapi dersom det er nødvendig. Preparatet er ikke til behandling av akutte anfyll, men for regelmessig behandling. Pasienten trenger en bronkodilator med raskt innsettende effekt og kort virketid (f.eks. salbutamol) til behandling av akutte symptomer. Dersom pasienten må øke forbruken av beta₂-agonister med kort virketid for å kon-

trollere symptomene, tyder dette på en forverring av sykdommen og pasienten bør kontakte lege. Plutselig og tilagende forverring av astmasymptomer er potensielt livstruende og pasienten bør umiddelbart undersøkes av lege. En bør vurdere å øke dosen av inhalert kortikosteroid. For pasienter med astma eller KOL bør en ved økende symptomer vurdere tilleggsbehandling med systemisk kortikosteroid og/eller et antibiotikum dersom det er en infeksjon med i sykdomsbildet. Systemiske effekter kan forekomme ved høye doser brukt over lengre tid. Ved langtidsbehandling av barn anbefales kontroll av høyde. Pga. mulig svekket binyrebarkrespons, bør pasienter som overføres fra oral steroidterapi til inhalasjonsterapi følges nøye og binyrebarkfunksjon kontrolleres jevnlig. Etter introduksjon av inhalasjonsbehandling, reduseres oral behandling gradvis. I tiden etter overføring fra peroral behandling kan pasientens binyrebarkrespons være svekket. Vurder tillegg av systemiske steroider ved stress, f.eks. forverring av astmaanfall, infeksjoner eller kirurgiske inngrep. Overgang fra systemisk behandling til inhalasjonsterapi kan også dekke tidligere steroidmaskerte allergier. Disse behandles symptomatisk. Inhalasjonsbehandling kan i sjeldne tilfeller avdekke underliggende eosinofile lidelser (f.eks. Churg Strauss syndrom). Disse tilfellene har stort sett forekommet med reduksjon i, eller opphør av, kortikosteroidbehandling. En direkte årsakssammenheng er ikke fastlagt. Både selektive og ikke-selektive beta-blokkere bør unngås, med mindre det er svært tungtveiende grunner for bruk av disse. Preparatet bør brukes med forsiktighet hos pasienter med alvorlig kardiovaskulær sykdom inkl. hjertearytmier, ubehandlet hypokalemi, lungetuberkulose og/eller tyrotoykose.

Interaksjoner: Forsiktighet ved samtidig administrering av kjente sterke CYP 3A4-hemmere (f.eks. ketokonazol, ritonavir) da det er sjans for økt systemisk eksponering av flutikasonpropionat.

Graviditet/fødsel: Overgang i placenta: Ikke klarlagt. Dyrestudier viser reproduksjonstoksiske effekter (ganespalte, forsinket fødsel), som indikerer en mulig risiko for fosterskader. Kombinasjonen av salmetrol og flutikason skal kun brukes ved graviditet hvis fordelene oppveier en mulig risiko. Overgang i morsmelk: Går over i melk hos rotte. Det er ikke klarlagt om barn som ammes påvirkes.

Bivirkninger: Som for salmetrol og flutikasonpropionat hver for seg. **Hypoper (1-1/100):** Flutikasonpropionat: Candida-infeksjoner i munnen og svelg. Heshet. Salmetrol: Palpasjoner, hodepine, tremor, muskelskramper, inntasjon i svelg. **Sjeldne (<1/1000):** Legemidler som inhaleres kan via uespecificerte mekanismer gi opphav til bronkospasme. Flutikasonpropionat: Overfølsomhetsreaksjoner. Det er rapportert noen få tilfeller av ødem i ansikt og svelg. Mulige systemiske effekter er: Binyrebarksuppresjon, veksthemning hos barn og ungdom, redusert beinmasse, katarakt og glaukom. Salmetrol: Hypokalemi, overfølsomhetsreaksjoner (utslett, ødem, angioødem), binyrkard, artralgi. Arytmier (inkl. atrieflimmer, supraventrikulær takykardi og ekstrasystoler) er rapportert hos usatte pasienter.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer på overdosering av salmetrol er tremor, hodepine og takykardi. Behandling: Antidot er kardioselektiv beta-blokkering som skal brukes med forsiktighet hos pasienter med kjent bronkospasme i anamnesen. Dersom behandling med preparatet må avbrytes pga. overdosering av betaagonistkomponenten, bør hensiktsmessig steroidterapi opprettholdes. Ved overdosering kan hypokalemi medfører forsterket og kaliumbehandling bør overveies. Overdosering med flutikason er lite sannsynlig. Inhalasjon av flutikasonpropionat i doser som i betydelig grad overstiger anbefalte doser kan føre til forbigående binyrebarksuppresjon. Ved overdosering av flutikasonpropionat kan behandling fortsettes i laveste effektive dose. Binyrebarkfunksjonen vil normaliseres i løpet av noen dager og dette kan verifiseres med plasmakortisolmålinger.

Egenskaper: Klassifisering: Kombinasjonspreparat av kortikosteroid med høy lokal antiinflammatorisk aktivitet (flutikason) og selektiv langtidsvirkende beta₂-agonist (salmetrol). Virkningsmekanisme: Flutikasonpropionat: Potent antiinflammatorisk effekt i lungene og forebygger eksaserbasjoner. Salmetrol: Relaksere bronkialmuskulatur og virker

symptomforebyggende. Den bronkodilatoriske effekten inntreffer etter 10-20 minutter og varer i minst 12 timer. Absorpsjon: Flutikasonpropionat: Systemisk biotilgjengelighet er ca. 10-30%. Ubetydelig oral biotilgjengelighet (<1%). Salmetrol: Maks. plasmakonsentrasjon etter 1 dose (50 µg) er ca. 200 pg/ml. Proteinbinding: Flutikasonpropionat: I plasma ca. 90%. Halveringstid: Flutikasonpropionat-reseptorkomplekset i lungene: Ca. 10 timer. Terminal halveringstid ca. 8 timer. Metabolisme: Flutikasonpropionat: Hovedsakelig i lever via CYP 3A til en inaktiv karboksylsyremetabolitt. Salmetrol: Utstrakt hydroksylering i lever. Hovedmetabolitten er aktiv, men effekten er av kortere varighet. Utskillelse: Flutikasonpropionat: Hovedsakelig via feces. Clearance 1,1 liter/minutt. Salmetrol: Hovedsakelig via feces.

Oppbevaring og holdbarhet: Inhalasjonsaerosol: Oppbevares ved <25°C. Beskyttes mot direkte sollys. Effekten av legemidlet kan reduseres dersom aerosolen er nedkjølt. Må ikke fryses.

Andre opplysninger: Inhalasjonspulver: Til inhalasjon ved hjelp av Diskus. Administreringsmåte: Se pakningsvedlegg. Inhalasjonsaerosol: Preparatet inneholder freonfri drivgass. Volumetriske inhalasjonskammer kan brukes som hjelpemiddel til inhalasjonsaerosolen. Volumetriske har en enveisventil som hindrer at utåndingsluften kommer inn i inhalasjonskammeret. Høyst 2 spraydosor utlases i Volumetriske og inhaleres derfra, om nødvendig i flere åndedrag. Ved behov gjenbesettes inhalatoren.

Rekvireringsregler: Inhalasjonsaerosol: Behandlingen bør være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin. Inhalasjonspulver: Behandlingen av barn skal være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin eller pediatri. Behandlingen av voksne bør være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin.

Pakninger og priser: Inhalasjonsaerosol: 25/50: 120 doser kr 331,80, 25/125: 120 doser kr 467,80, 25/250: 120 doser kr 611,80. Inhalasjonspulver: 50/100: 60 doser kr 360,70, 3 x 60 doser kr 1075,40, 50/250: 60 doser kr 477,20, 3 x 60 doser kr 1413,00, 50/500: 60 doser kr 617,40, 3 x 60 doser kr 1954,90.

Priser av 06.2003 SPC: 09.07.2003 Oppdatert 31.07.2003

Referanser:

- 1 Godkjennt Felleskatalogtekt.
- 2 D.A. Mahler, P. Wirtz, D. Horstman, C.-N. Chang & al., Effectiveness of fluticasone propionate and salmeterol combination delivered via the Diskus device in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2002; 166: 1084-91.
- 3 J. Vestbo, R.A. Pauwels, P.M.A. Calverley, P.W. Jones & al., Salmeterol/fluticasone propionate combination produces improvement in lung function detectable within 24 hours in moderate to severe COPD. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2003; 167: 889.
- 4 P.M.A. Calverley, R.A. Pauwels, J. Vestbo, P.W. Jones & al., Combined salmeterol and fluticasone in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. *The Lancet* 2003; 361: 443-56.
- 5 J.B. Soriano, J. Vestbo, N.B. Hyde, Y. Kiri & al., Survival in COPD patients after regular use of fluticasone propionate and salmeterol in general practice. *Eur. Respir. J.* 2002; 20: 819-25.



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AS Forskningsveien 2 A, Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo
Telefon: 22 70 20 00 Telefaks: 22 70 20 04 www.gsk.no

Gjennomføring av gjensidig praksisbesøk

EN SJEKKLISTE

De nye spesialistreglene i allmennmedisin inneholder obligatorisk krav om minst to besøk i annen leges praksis av en dags varighet. I videreutdanningen må man selv gjøre et besøk og motta et besøk. I etterutdanningen velger man om man vil gjøre det gjensidig eller ikke. (Detaljer om reglene finnes på www.legeforeningen.no/index.db?id=1134.) Hvordan går man konkret frem for å arrangere og gjennomføre gjensidig praksisbesøk? Kjell Nordby har skrevet godt om temaet i boka «Praksisbesøk hos kolleger i allmennpraksis». (Dnl 1997). Tips finnes også i «Brukerveiledning for gjensidig praksisbesøk» Dnl 1994 og på APLFs nettsider. Edvin Schei har evaluert praksisbesøk som kursform i sin artikkel: Praksis læres i praksis. (Tidsskr Nor Lægeforen nr.19/1998; 118: 2975-8)

Her er en oppsummering av råd og regler i form av en kort, konkret sjekkliste:

FØR BESØKET:

1. Velg en kollega. Praksisbesøk kan gjøres av kolleger i en gruppepraksis.
2. Utveksle praksisbeskrivelser. Se side 45-47 i Kjell Nordbys bok.
3. Les s.8 og 9 i samme bok om tanker om oppførsel og gjennomføring.
4. Bli enige om hva slags struktur dagen skal ha. Se s.10 i boka til Kjell N.
5. Skal besøk intervju medarbeider(e)?

BESØKSDAGEN:

1. Før start: sett av tid til å diskutere poenger du synes er viktige fra listen over, i alle fall punkt 2 og 3.
2. Sørg for at pasientene, kollegene og medarbeidere varsles.
3. Hvis medarbeider skal intervjues; lag avtale.

4. Inspeksjonsrunde (Lokaler, journalsystem, utstyr)
5. Observasjon av konsultasjoner. Bruk gjerne en notatmal som du for eksempel lager ut fra sidene 7-10 i «Brukerveiledning for gjensidig praksisbesøk», Dnl, 1994. Viktig: vær konkret, bruk eksempler. Den samme malen kan brukes som mal for rapport, se nedenfor.
6. Deltakelse i spisepause.

VED DAGENS SLUTT:

Bruk forhåndsavsatt tid til å diskutere:

1. Muntlig oppsummering. Den besøkte lege starter gjennomgangen av punkt a, c og d:
 - a. To forhold der den besøkte legen gjør det meget bra.
 - b. To forhold der observatøren stiller seg spørrende.
 - c. To forhold som kanskje er uhensiktsmessige eller der en ser forbedringspotensiale.
 - d. Har den besøkte legen eller observatøren allerede lært noe?
2. Avtale rapport. Det er ingen formelle krav til rapporten. For tips til innhold bruk gjerne notatmalen i punkt fem over. Avtal frist.
3. Avtale møte, evt telefonkonferanse om rapporten

GODKJENNING:

Etter besøk (og evt gjensidig) fyller begge leger ut skjemaet på side 42 i Kjells bok og sender det til fylkets kurskomite. Rapport medsendes ikke.

Mange kolleger har hatt gode opplevelser under sine gjensidig praksisbesøk. Prøv selv!

Ola Nordviste



Statens
arbeidsmiljøinstitutt

Kurs i Aktuell arbeidsmedisin

«JANUARKURSET» 28.–30. JANUAR 2004

Målgruppe: Primært arbeidsmedisinere.

Åpent også for andre med interesse for sammenhengen mellom arbeidsmiljø og helse.

Målsetning: Gi et etterutdanningstilbud innen aktuelle tema om arbeidsmiljø og helse.

Godkjenninger: Kurset søkes godkjent tellende i spesialitetene arbeidsmedisin, allmennmedisin og samfunnsmedisin for leger og i spesialiteten helse- og miljøarbeid for fysioterapeuter. Kurset er godkjent i spesialitetene arbeidshelse og folkehelse for ergoterapeuter med 20 timer.

Kurskomite: Overlege Knut Skyberg (kursleder), rådgiver/fysioterapeut Inger Helene Gudding, assistentlege Merete Drewatne Bugge, alle fra STAMI, og overlege Ingrid Sivesind Mehlum, Direktoratet for Arbeidstilsynet og STAMI.

Kurssted: Statens arbeidsmiljøinstitutt, Gydasvei 8, Majorstua, Oslo.

Kursavgift: Kr 3000,- for undervisning, kursmaterieell og servering. Kursmiddag kr 500,-. Leger kan søke dekning av utgifter til reise og opphold fra Legeforeningens fond. Se Ramazzini nr. 2/2003

Påmeldingsfrist: 15. desember 2003

Påmelding: Elektronisk påmeldingsskjema på www.stami.no, e-post til kurs@stami.no, telefon 23 19 51 63 / 23 19 51 00, eller fax 23 19 52 02

Onsdag 28. januar

09.00 Registrering, kaffe/te

09.15 Velkommen v/ kursledelsen

TEMA: Arbeidsmiljø i nedgangstider

09.30 Oppgang og nedgang: Hvilke trender preger norsk arbeidsliv i dag og hva har vi i vente?

Rådgiver Pål Lynne Hansen,
Arbeidslivsavdelingen, Landsorganisasjonen

10.15 Pause

10.30 Juridiske sider ved omstilling og nedbemanning

Professor Henning Jakhell, Institutt for offentlig rett, Universitetet i Oslo

11.15 Pause

TEMA: Hvor inkluderende er norsk arbeidsliv?

11.45 BHTs rolle ved omstillinger

Bedriftslege Lena Gran, Umoe Catering BHT

12.30 Lunsj

13.30 Livsfaseorientert personalpolitikk

Personalsjef Geir Flatekvål, Linjegods

14.15 Pause

14.30 Ledelse i et flerkulturelt arbeidsmiljø

Prosjektleder/spesialrådgiver Anita Walsøe, pedagogisk veileder Kirsten Kvittum og arbeidsleder Pa Jain Ndure, alle fra Ullevål universitetssykehus

15.15 Pause

15.30 Funksjonshemmede i arbeidslivet

Rådgiver Kristin Bille, Deltasenteret.

16.00 Slutt for dagen

Torsdag 29. januar

TEMA: *Aktuell STAMI-forskning*

- 08.30 **Hydraulikkoljer
– hva vet vi om helseeffekter?**
Overlege Petter Kristensen og lege Unni Abusdal,
begge fra Statens arbeidsmiljøinstitutt
- 09.15 Pause
- 09.30 **BHTs rolle i Det inkluderende arbeidsliv**
Rådgiver/fysioterapeut Inger Helene Gudding, og
overlege Arve Lie, begge fra Statens arbeidsmiljøinstitutt
- 10.15 Pause
- 10.45 **Bioaerosoler og luftveisinflammasjon:
Hvordan måle akutteffekter i feltstudier
(nytt doktorgradsprosjekt 2003)**
Senioringeniør Kari K. Heldal, Statens arbeidsmiljøinstitutt
- 11.30 Pause
- 11.45 **Massemediers rolle for helse**
Forskningssjef Stein Knardahl,
Statens arbeidsmiljøinstitutt
- 12.30 Lunsj
- 13.30 **Hvor mange har arbeidsrelaterte
helseplager? (HUBRO-prosjektet)**
Overlege Ingrid Sivesind Mehlum,
Statens arbeidsmiljøinstitutt
- 14.15 Pause
- 14.30 **Mobiltelefoner og helseeffekter
(prøveforelesning til doktorgraden 2003)**
Forsker Karl Gerhard Blaasaas,
Forsvarets Sanitet MUKS/MMFU
- 15.15 Pause
- 15.30 **Mulige faktorer av betydning for utvik-
ling av muskel- og skjelettplager hos
yrkesskoleelever ved inngangen til
arbeidslivet**
Stipendiat / ergonom Kristian Gould, Statens arbeids-
miljøinstitutt og stipendiat / fysioterapeut Nina Østerås,
Institutt for fysioterapivitenenskap, UiB
- 16.15 Slutt for dagen

Fredag 30. januar

- 08.30 **Nytt fra Direktoratet for Arbeidstilsynet**
Overlege Axel Wannag og overlege Ingrid Sivesind
Mehlum, begge fra Direktoratet for Arbeidstilsynet
- 09.15 Pause
- 09.30 **Presentasjon av grunnkursprosjekt:
Standardisering av medisinske
og fysiske krav til røykdykkere**
Bedriftssykepleier Kari Nipe Samuelsen og bedriftslege
Laila Torp Trætteberg, begge fra Høyden BHT AS
- 10.00 **Presentasjon av VUP-prosjekt:
Bruk av Internettverktøy til forbedring og
forenkling av samhandling mellom
bedriftshelsetjenester og kundevirksom-
heter**
Kari Torbjørnsen, bedriftslege HMS vest
- 10.30 Pause
- 11.00 **Nytt fra fagsekretariatet for BHT**
Overlege Arve Lie, Statens arbeidsmiljøinstitutt
- 11.30 **Fra fravær til nærvær – Nytt fra Idé-
banken for et inkluderende arbeidsliv**
Sekretariatsleder Steinar Aasnæss,
Idébanken for et mer inkluderende arbeidsliv
- 12.00 **Fra tilpasning til påvirkning
– Landskonferansen for BHT 2004**
Seniorrådgiver/fysioterapeut Odd Bjørnstad,
Statens arbeidsmiljøinstitutt
- 12.15 Evaluering og avslutning
- 12.30 Slutt for dagen

Lyrikk

En Lyrisk stafett

I denne lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydd noe for dem, enten i arbeidet eller i livet ellers. Den som skriver får i oppdrag å utfordre en etterfølger. Slik kan mange kolleger få anledning til å ytre seg i lyrikkspalten. Velkommen og lykke til!

Tove Rutle – lagleder

De som har løpt stafett kjenner regelen om at hvis ikke den du veksler med er på vekslingspunktet når du kommer... enten litt senere enn forventet, eller kanskje litt før...

Da må stafettløperen ta neste etappe også! Kanskje kan man da tenke at når du trodde du hadde brukt alle kreftene i sluttspurten, så hadde du bare brukt halvparten av de kreftene du har!

Prøv det den som vil.

Deltakeren som ble utfordret i vårt forrige nummer, har vi dessverre ikke fått kontakt med. Derfor er det lagleder som denne gangen tar stafettspinnen. Det gjør jeg med glede, og jeg kommer med «Rapport fra grasrota». Fordi jeg synes vi ser konturene av denne «historien» i allmennpraksis også. Det er etter hvert mange unge dynamiske allmennpraktikere som er villige til å strekke seg langt i håp om å hjelpe, trøste og lindre.

Rapport fra grasrota

Jeg er en liten maur.
 Det stilnes over stiene
 og storkvelden tar til å skumre i skogen.
 Alle vettuge gamle skogsmaurer
 er for lengst vel i hus
 med barnåla si — men jeg
 kravler i skymmingen med griperne klare
 oppover et svaiende hveingras-strå.
 Skulle jo vært fint
 å komme trekkende heim til tua
 med ei stjerne...

Hans Børli

Jeg utfordrer Bente Aschim, fastlege i Oslo!
Tove Rutle

EDB SPALTE

Utpostens EDB-spalte med spørsmål, svar og synspunkter.
Kontaktperson: John Leer, 5305 Florvåg
Tlf. j.: 56 15 74 00 Tlf.p.: 56 14 11 33, Fax: 56 15 74 01
E-mail: john.leer@isf.uib.no

SØPPEL

Hvor gjør vi av søppla?

Vi får bløtvarsøppl og hard søppelvar. Det meste av søppla kommer som e-post og hvis ikke internett-leverandøren har bra filtre og gode rutiner får vi brukere søppel-post i bølter og spann. «Spam» er en sak for seg. De fleste e-postprogrammene har filtre som kan innstilles med forskjellig masketørrelse til å sile bort søppelposten. Eudora fra firmaet Qualcomm har nå kommet i versjon 6 og har fått et meget bra og intuitivt «junk mail filter» som du med enkle håndgrep selv kan styre bruken av. Jeg har en internettleverandør som siler bort det meste av søppelposten men likevel er det en del som når fram til min datamaskin. Etter at jeg oppdaterte Eudora til den nyeste versjon 6 får jeg nesten ikke søppelpost lenger. Programmet lærer av meg hvordan jeg bruker det og blir flinkere for hver dag som går. Riktig et praktisksemlar!

Hvordan går det så med hardwaresøppla?

Dårlig.

Gamle pc-er og utdaterte og ødelagte komponenter hopper seg opp i skuffer, skap på loft og i kjeller. Kjekt å ha? Kan sikkert komme til nytte en dag? Slik var det nok de første årene etter at pc-en kom, men ikke lenger. Komponentene krympes og får bedre funksjon. Prisene faller og gamle komponenter kan skade stabiliteten i nyere edb-maskiner. Det er etablert innsamlingsordninger og destruksjonsbedrifter for alt dette problemavfallet, men mon tro om det ikke også burde innføres en liten vrakpant? Vi betalte visst en miljøavgift da utstyret ble kjøpt inn, og en liten pant når vi skal kvitte oss med det gamle ville bidra til en mer aktiv resirkulering av plast og metaller.

Kast ikke pc-en i søppla!

Askøy 24. september 2003.
John Leer

Referanser:

Eudora, Qualcomm: <http://www.eudora.com>

Ebixa® – Verdt å huske på!

C
Ebixa "Lundbeck"
Middel mot demens
ATC-nr.: N06D X01

Dråper, oppløsning 10 mg/g: 1 g inneh.:
Memantinhydroklorid 10 mg, tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann.

Tabletter, filmdrasjerte 10 mg: Hver tablett inneh.: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delestrek.

Indikasjoner: Behandling av pasienter med moderat alvorlig til alvorlig grad av Alzheimers sykdom.

Dosering: Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandlingen skal bare igangsettes hvis en omsorgsperson er tilgjengelig og jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelintak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer.

Voksne/eldre: Maks. daglig dose er 20 mg. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg pr. uke i de første 3 ukene opp til vedlikeholdsdose på følgende måte: Behandlingen bør begynne med 5 mg daglig (en 1/2 tablett/10 dråper om morgenen) i den første uken. 10 mg daglig i den andre uken (en 1/2 tablett/10 dråper 2 ganger om dagen) og 15 mg daglig i den tredje uken (1 tablett/20 dråper om morgenen og en 1/2 tablett/10 dråper på ettermiddagen) anbefales. Fra den fjerde uken fortsettes behandlingen med en anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg daglig (1 tablett/10 dråper 2 ganger om dagen). Kan tas uavhengig av måltider. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 40-60 ml/minutt/1,73m²) anbefales maks. 10 mg.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for memantin eller et eller flere av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat(NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksmetorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske endringer i kostholdet, f.eks. fra kosthold med kjøtt til vegetarkost, eller stort inntak av syrenøytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinsveisinfeksjoner med *Proteus bacteria*) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA III-

IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Moderat alvorlig til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin endre reaksjonsevnen, slik at dagpasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner.

Interaksjoner: Mementin har potensiale til å interagere med medikamenter med antikolinerg effekt. Effektene av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantralen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksmetorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin inneholder en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydroklortiazid eller kombinasjonspreparater med hydroklortiazid er mulig.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Preparatet bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko.

Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skilles ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofilt stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme.

Bivirkninger: Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. Hyppige (>1/100): Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner, forvirring, svimmelhet, hodepine og tretthet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast. Psykiske: Angst. Sirkulatoriske: Hypertoni. Urogenitale: Cystitt, økt libido.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: I ett tilfelle av suicidal overdose overlevde pasienten inntaket av opptil 400 mg memantin (oralt) med virkninger på sentralnervesystemet (f.eks. rastløshet, psykose, visuelle hallusinasjoner, krampes, sømnlens, stupor og tap av bevissthet) som gikk tilbake uten varige mén. **Behandling:** Bør være symptomatisk.

Oppbevaring og holdbarhet: Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder.

Pakninger og priser pr. aug. 2003: Dråper: 50 g kr 945,50, 100 g kr 1856,90. **Tabletter:** 30 stk. kr 579,60, 50 stk. kr 945,50, 100 stk. kr 1856,90.

Basert på godkjent SPC, SLV juni 2002

Referanser:

- Wimo A, Winblad B, Stöfller A, et al. Resource utilisation and cost analysis of memantine in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. *Pharmacoeconomics* 2003; 21 (5): 1-14.
- Reisberg B, Doody R, Stöfller A, et al. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. *New Engl J Med* 2003; 348: 1333-1341.

H. Lundbeck A/S
Lysaker Torg 12
Postboks 361
N-1312 Lysaker
Tel +47 6752 9070
Fax +47 6753 7707
www.lundbeck.no

www.ebixa.com



Ebixa® – medisinen som dine Alzheimer-pasienter stoler på at du skal huske.

?RELIS

Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyer og kliniske farmakologer og besvarer spørsmål fra helsepersonell om legemiddelbruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

RELIS Sør (Rikshospitalet) tlf: 23 07 53 80 • RELIS Øst (Ullevål US) tlf: 23 01 64 11 • RELIS Vest (Haukeland sykehus) tlf: 55 97 53 60
RELIS Midt-Norge (Regionsykehuset i Trondheim) tlf: 73 55 01 58 • RELIS Nord-Norge (Regionsykehuset i Tromsø) tlf: 77 64 58 92

Akillestendinititt som bivirkning av ciprofloksacin (Ciproxin®)?

Akillestendinititt er en sjelden men godt dokumentert bivirkning av ciprofloksacin. Bivirkningen er trolig en klasseeffekt av fluorokinolonene, med noe varierende forekomst blant de ulike legemidlene i gruppen. I Norge er to legemidler i fluorokinolongruppen godkjent, ciprofloksacin (Ciproxin®) og ofloksacin (Tarivid®), mens legemidler som norfloksacin (Lexinor®) og levofloksacin (Tavanic®) av og til brukes på registreringsfritak. Alt i alt varierer forekomsten av fluorokinolonindusert seneskade fra 0,14 prosent til 0,4 prosent (1–3).

I en fersk oversiktsartikkel (4) er 98 publiserte tilfeller av fluorokinolonassosiert seneskade, hovedsakelig i form av tendinititt eller ruptur, gjennomgått. Av disse tilfellene forekom 26 prosent under behandling med ciprofloksacin. Alderen hos pasientene varierte fra 28 til 92 år. Median behandlingstid var sju dager, men symptomene kunne oppstå så tidlig som få timer etter første inntak og også etter flere måneders behandling. I noen tilfeller oppsto seneskaden først etter at legemidlet var seponert.

De vanligste symptomene var stivhet og smerte, fremfor alt ved bevegelse, samt hevelse og varmfølelse over den affiserte senen. I omtrent 90 prosent av tilfellene var det akilles-senen som var affisert, og i omtrent halvparten av disse tilfellene var symptomene bilaterale. Hos de resterende ti prosent ble sener i skulder, albue og fingre rammet. I 40 prosent av tilfellene utviklet skadene seg til senerupturer. I de fleste tilfellene varte restitueringsfasen i en til to måneder etter seponering av legemidlet og kirurgisk og/eller konservativ behandling. Imidlertid fikk ca. ti prosent langvarig sekvele med varierende grad av smerter, hevelse og blåmerker ved støt og slag (4).

Det er verdt å merke seg at nesten hver tredje pasient hadde brukt glukokortikoider systemisk eller til inhalasjon samti-

dig (4). Andre mulige risikofaktorer er høy alder, nyresvikt/dialysebehandling, diabetes, hyperparathyroidisme, reumatisk sykdom, artrose og aktiv sportsutøvelse. I en studie av nyretransplanterte pasienter, som også brukte glukokortikoider peroralt, var forekomsten av tendinititt i forbindelse med fluorokinolonbehandling hele 12 prosent (5).

Mekanismen bak skadene er ikke klarlagt, men det antas at fluorokinolonene kan ha en direkte toksisk effekt på senenes vevsstruktur med endringer i proteoglykansyntesen, i visse tilfeller med irreversible endringer til følge. Nedsatt vaskularisering kan også spille en rolle.

Konklusjon

Publisert litteratur har vist en klar sammenheng mellom seneskader og bruk av ciprofloksacin og andre fluorokinoloner. Både tendinititt og rupturer er rapportert. Det anbefales umiddelbar seponering av legemidlet om symptomer på seneaffeksjon i akillesområdet eller andre steder oppstår.

Av cand. pharm. Marit Buajordet og
overlege Olav Spigset, RELIS Midt-Norge, Avdeling for
klinisk farmakologi, St. Olavs Hospital, Trondheim

Referanser

1. Wilton RW, Pearce GL, Mann RD. A comparison of ciprofloxacin, norfloxacin, ofloxacin, azitromycin, and cefixime by observational cohort studies. *Br J Clin Pharmacol* 1996; 41: 277–84.
2. van der Linden PD, van de Lei J, Nab HW, Knol A, Stricker BHC. Achilles tendinitis associated with fluoroquinolones. *Br J Clin Pharmacol* 1999; 48: 433–7.
3. Lafon M. Tendinopathies et fluoroquinolones. *Concours Med* 1993; 115: 819–25.
4. Khaliq Y, Zhanel GG. Fluoroquinolone-associated tendinopathy: A critical review of the literature. *Clin Infect Dis* 2003; 36: 1404–10.
5. Donck JB, Segart MF, Vanrenterghem YF. Fluoroquinolones and Achilles tendinopathy in renal transplant recipients. *Transplantation* 1994; 58: 736–7.

Historier fra virkeligheten

Passiv motstand

En god venn mente at begrepet «passiv motstand» beskriver det han opplever på legekontoret. Er ikke sikker på om det var fra medarbeidere eller pasienter. Mange vil nok si at kommuneadministrasjonen har elementer av passiv motstand. Kanskje kan en selv kjenne av og til at passivitetet siger innover og en bare er «imot», ganske enkelt. Nok er nok.

I min sammenheng har begrepet passiv motstand en annen betydning også. Det beskriver et fenomen man kan oppleve spesielt hos samiske pasienter. Jeg har også sett det på film hos inuitter. Det arter seg ganske enkelt slik at man ikke sier imot dersom en er uenig. Man tier eller man snur seg litt vekk. Inuittene kan snu seg helt rundt, med ryggen til. Demonstrativt!?

Får man ikke svar eller respons på et initiativ, så skal man altså være mistenksom. Det er nok ikke sløvskep eller det at pasienten ikke har forstått, ofte er det en måte å si nei på som er ganske tydelig for de som kjenner til det.

På sykestua i min samiske kommune lå en pasient med langt kommet kreft. Han visste godt at «han ikke hadde sjanse». Som tilsynslege var det naturlig å ta et litt lengre besøk på rommet og være en god lege for denne fra før ukjente pasienten. Fra Stein Husebø har jeg lært at verdighet ved livets slutt er viktig og krever god tid og gode samtaler. Det er viktig å ta opp mer eksistensielle spørsmål om liv og død, i tillegg til det medisinske. Kanskje kunne mannen tenke seg en samtale med presten? Han sa ikke mye, men var ved godt mot. Jeg følte meg frem og prøvde være taktfull. Et stykke ut i samtalen var vi begge stille lenge. Pasienten festet blikket på vinduet og jeg skottet bort på ham med jevne mellomrom. Blikket vek ikke fra vinduet. Eli Berg har lært meg å «holde kjefte» slik at pasientene kan få tenke i fred og tilslutt komme med det som er vanskelig å si. Jeg ventet.

Så endelig beveget blikket seg mot mitt og jeg så oppmuntrende på ham. Det var bare å fortelle, bare å komme med de vanskelige ordene.

Men det kom ikke noe. Mannen hadde ikke noe å si.

Vel, ikke hadde jeg mer å si heller. Jeg avsluttet med noen klossete formuleringer og kom meg ut litt forvirret. Hva skjedde?

Tror nok, i ettertid, dette var en mann som ganske klart sa i fra at nå er det nok. «Nå kan du gå, doktor. Dette vil jeg ikke mer». Det hadde han selvfølgelig all rett til.

Tror han viste passiv motstand. – vanskelig å protestere mot eller å si noe tilbake. Litt ubehagelig på den måten. Kanskje finnes det en måte å besvare motstanden på, men den kjenner ikke jeg og kanskje forblir den også en hemmelighet ...

Helen Brandstorp



Vi lever i en foranderlig verden og det vi en gang lærte, blir modifisert, langsomt og umerkelig til vi plutselig ser at det som en gang var «slik skal det gjøres» har blitt til «slike gjør jeg det»

Vi håper at denne faste spalten i Utposten skal bidra til at flere leger deler sine personlige løsninger på hverdagens utfordringer med Utpostens lesere.

*Slik gjør (nå)
jeg det!*

Tolkning av spirometri

Spirometri er en god hjelp til å skille mellom restriktiv og obstruktiv lungesykdom, dvs hovedsaklig astma eller KOLS. Målingene brukes for å gradere KOLS og for å finne ut hva slags behandling som kan hjelpe. Kurvene kan også brukes for å motivere pasienter til å slutte å røyke. Spirometri kan likevel ikke erstatte den kliniske undersøkelsen og har åpenbare begrensninger. (Se Arnulf Langhammers artikkel om KOLS side 7–12.)

Ved spirometri måles to egenskaper i lungene: mengde (volum) og strømningshastighet (flow) av utåndningsluften. Spirometri er til forskjell fra PEF uavhengig av muskelstyrke.

Spirometri er teknisk enkel å gjennomføre, men krever at pasienten er motivert og samarbeider. Resultatet blir derfor best når spirometrien gjøres av opplært og entusiastisk personell.

Spirometri gir følgende parametre som må vurderes ved tolkning.

- **FVC** Forced Vital Capacity = den totale luftmengden man puster ut.
- **FEV₁** Forced Expiratory Volume = den mengde luft man puster ut første sekundet.
- **FEV₁%** = FEV₁/FVC
- Visuell vurdering av kurve

FVC: For lav FVC tyder enten på for liten totalkapasitet eller stort residualvolum. FVC er nedsatt ved restriktive lungesykdommer. FVC er nesten alltid redusert ved emfysem, kan være nedsatt ved kronisk bronkitt og er som regel normal ved ukomplisert astma. Ved akutt astmaanfall øker residualvolumet betydelig og FVC kan derfor også være nedsatt i slike tilfeller.

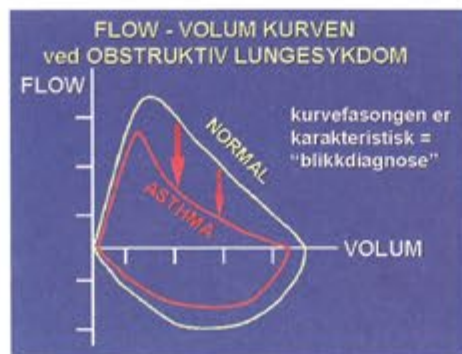
FEV₁: I likhet med PEF er FEV₁ bestemt av luftveismotstanden og vil nesten alltid være redusert ved manifest obstruktiv lungesykdom, for eksempel emfysem, kronisk bronkitt og ubehandlet astma. Ved velbehandlet astma er den normal.

PEF: Bestemmes av luftveismotstanden. Den er avhengig av muskelstyrke og gir derfor ikke like godt bilde av lungefunksjonen som spirometrien.

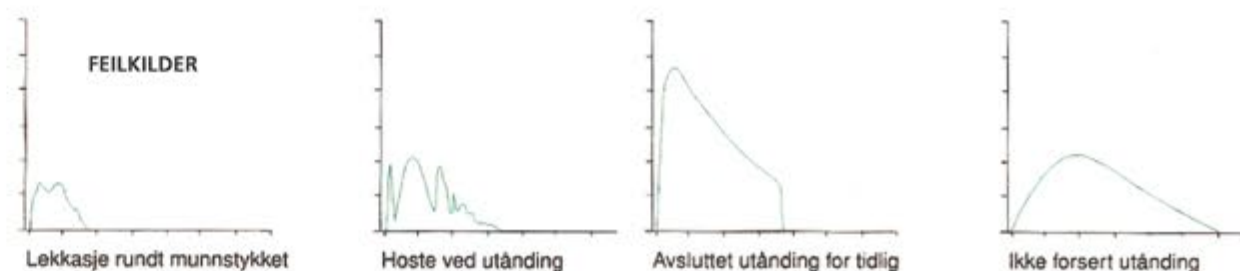
FEV₁%: Angir forholdet mellom FVC og FEV₁. Lav FEV₁-prosent er et tegn på obstruktiv lungesykdom. Verdier under 80 prosent av forventet verdi er tegn på patologi.

FEV₁%25–75: De fleste moderne spirometriapparat angir også en prosentverdi av hvor mye luft som kommer ut i mellom 25 til 75 prosent av totale utåndingstid. I dette tidsrommet tømmes de små perifere alveoler, og volumet er et mål på deres funksjon. Ett fall her på under 80 prosent av forventet verdi er ett tidlig tegn på obstruktiv lungesykdom og sees ofte hos røykere.

Visuell vurdering av kurve: Normalverdiene ved spirometri er avhengig av kjønn, alder og høyde. Noen pasienter har større lunger og luftveier enn forventet ifra høyde og alder. Verdiene blir da gale. Hengekøystegn på spirometrien er et tegn på obstruktivitet til tross for normale verdier.



	Akutt astmaanfall	Behandlet astma	KOLS	Fibrose
FVC	↘	—	↓	↓
FEV ₁	↓	—	↓	↘
FEV ₁ %	↓	—	<70%	↘/↑
Reversibilitetstest FEV₁ >0,2 l eller 12% Eller FVC >10%				



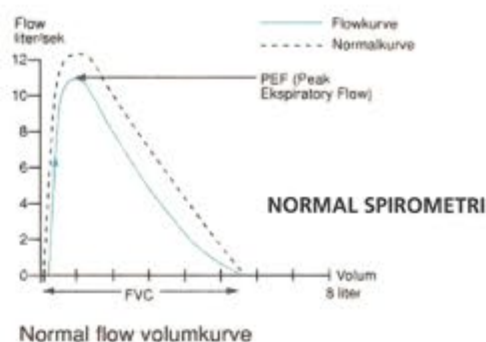
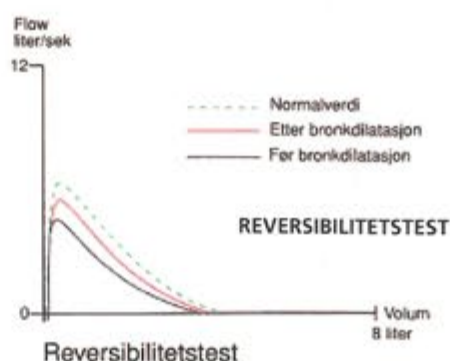
Reversibilitetstest:

Pasienter som viser obstruksjon ved spirometri bør gjennomføre reversibilitetstest. Spirometri gjøres da før og etter inhalasjon av enten β_2 -agonister (spirometri gjøres 15 minutter etter behandling med β_2 -agonister), Atrovent (spirometri gjøres 30 minutter etter inhalasjon) eller to-tre ukers behandling med inhalasjonssteroider. Pasienten bør ikke ha tatt inhalasjon av langtidsvirkende β_2 -agonister, depot-tabletter av β_2 -agonister, depot-teofylliner siste 24 timer eller andre bronkolytiske medikamenter siste fire timer før testen. Testen er positiv når FEV₁ er økt med 0,2 l eller 12 prosent. Testen forteller om hva man kan forvente av behandling med de forskjellige medikamentene.

Feilkilder

Tolkning av spirometri forutsetter at testet er korrekt utført. Ved galt utført test mangler oftest den spisse toppen i begynnelsen av kurven. Det er ikke alle pasienter som får til å utføre en spirometri korrekt. Pasienter med stram muskulatur i thorax eller adipositas kan for eksempel ha avflattede kurver.

Tolkning av spirometri er artig og gir nyttig informasjon ved diagnostikk og oppfølging av pasienter med pustevansker. For en god innføring i spirometri anbefales LUPIN - Legeforeningens nettbaserte kurs. Se hjemmesiden til Legeforeningen: www.legeforeningen.no *Anders Svensson*



I denne spalten ønsker vi å trykke kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. For har vi selv lært noe i slike situasjoner, vil det som oftest også være av interesse for andre. Og vi vil gjerne ha en kommentar til slutt om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen Bidrag sendes Ivar Skeie (red.) ivskeie@online.no. Kast dere frampå, folkens! »

Lærerike
kasuistikker

Hodepinepasienten

Pasienter med kroniske smerter er plagede og blir ofte av legen oppfattet som «vanskelige». Såvel pasient som lege blir ofte frustrerte, både fordi legen ikke kan løse pasientens problem, og fordi lege og pasient i en del tilfeller ikke kan bli enige om hva slags hjelp pasienten skal få. Særlig vanskelig kan dette bli når det ikke foreligger noen klar diagnose eller forklaring på pasientens smerter. Lege-pasientforholdet kan bli anstrengt, ikke minst hvis pasienten krever sterke smertestillende medikamenter som legen nødvendig vil skrive ut til pasienter med ikke-maligne lidelser. Dette er pasienter legen gjerne «kjenner i magen».



Ivar Skeie

f. 1952.
Cand. med. Oslo 1978.
Spesialist og veileder i allmennmedisin.
Fastlege/kommunelege
Åslundmarka Legesenter, Gjøvik

Pasienten jeg vil beskrive her er en mann som nå er snaut 60 år gammel, og som jeg har kjent i nesten 20 år. Han var i 20-års alderen utsatt for en motorsykkelulykke og fikk en alvorlig hodeskade som medførte en tids bevisstløshet. Han

**Tenker du KOLS?
Tenker du røykeavvenning?**



MEDINOR
Et AXIS-SHIELD selskap

Nå er det en fryd å gjøre spirometri!

*Vi har spirometeret som enkelt og raskt
gir en tilstandsrapport på dine pasienter!*



- Utviklet av lungeleger
- Gir høy kvalitet på resultatet
- Svært gode rapporter
- Ingen vedlikehold
- Verdens minste
- Sikkert mot smitte
- Enkelt å manøvrere
- Måler ekspirasjon og inspirasjon og Bronchodillatasjon



Ring, fax eller send deres bestilling til:
Eller ta kontakt for mer informasjon om produktet.

Medinor ASA Oslo
Postboks 94 Bryn
0611 Oslo
Tlf: 22 07 65 50
Fax: 22 07 65 15

kom seg etter dette uten større umiddelbare mén. Han ble gift og fikk barn. Han jobbet som snekker og fikk etter hvert jobb som innredningsmontør, og reiste mye rundt i landet i jobb. Han hadde ikke noe alkohol- eller medikamentmisbruk så langt jeg vet.

Utover i 30-åra ble han stadig mer plaget av hodepine. Han tok til å oppsøke leger rundt omkring når han var på jobbreisen, og fikk etter hvert petidininjeksjoner mot hodepinen.

Jeg var lege på hjemstedet, og utover i 40-åra begynte han å bruke oss som legekontor. Han hadde da sluttet i jobben som montør, og det ble prøvd attføringstiltak uten at det lyktes for ham å komme i jobb, og han fikk etter hvert uførepensjon. Besøkene på legekontoret under akutte hodepineanfall ble hyppigere, og jeg syntes det etter hvert ble problematisk å gi petidininjeksjoner hver gang, men pasienten insisterte på at «det bare var dette som hjelp». Han brukte ikke petidin daglig, det kunne gå uker mellom hver injeksjon, men i perioder ble det flere injeksjoner i uka. Jeg hadde ikke indikasjoner på at han brukte andre leger parallelt. Jeg forsøkte alternative tilnærmingmåter, injeksjoner av marcaïn mot smertepunkter occipitalt, bruk av ymse NSAIDs, smådoser av Nozinan og antidepressiva og migrenemidler, dette kunne hjelpe «litt» «av og til», men ble ingen tilfredsstillende løsning for pasienten, og ofte havnet vi tilbake på petidininjeksjoner. Vi hadde våre konfrontasjoner, og målet mitt var hele tida å finne en «annen løsning» uten bruk av opiater.

Pasienten ble grundig utredet hos nevrologer, øyelege og ØNH-lege. Hodepinen satt «bak øyet», i tinningen og bakover forbi øret til bakhodet. Som regel ensidig, men kunne være dobbeltsidig, og ikke lik hver gang. Han ble utredet med tanke på migrene, men nevrologenes konklusjon gikk mest i retning av spenningshodepine, kanskje med noe migreneinnslag. Øye- og ØNH-lege fant ikke patologi som kunne forklare smertene. Cerebral CT var normal. Han ble også vurdert på et av regionsykehusene, der man mente han hadde såkalt occipital hodepine, og de ville tilby ham avansert kirurgisk behandling for dette. Da de ble klar over hans opiatbruk, mente de imidlertid at dette var prognostisk negativt for operativ behandling, og den ble skrinlagt. Pasienten var ikke motivert for psykiatrisk henvisning, da han var «sikker på at det ikke hadde noe med nerver å gjøre».

Så der sto vi da, pasienten og jeg, begge frustrerte, han følte seg mistenkeliggjort som «narkoman», jeg følte at jeg beveget meg i grenselandet for «god medisin». Han fikk en del injeksjoner, andre ganger avvist, oppsøkte legevakta ganske ofte, dels på natta, dette utløste konflikter med ymse legevaktleger osv. Entusiastiske turnuskandidater prøvde å

«avvenne» pasienten fra opiater, uten at det førte til noen løsning, bare ytterligere konflikt. Til slutt, etter nok en runde hos nevrolog, som anbefalte henvisning til psykiater for psykoterapi for å løse medikamentproblemet, henviste jeg ham til den lokale psykiatriske poliklinikken.

Etter få dager fikk jeg brev fra overlegen som konkluderte omtrent slik: «Pasienten er kjent fra poliklinikken fra en del år tilbake. Han har en psyko-organisk lidelse etter hodeskade, og det anses ikke indisert eller hensiktsmessig å prøve psykoterapi mot hans medikamentforbruk. Han bør få fortsette å bruke petidin mot sine hodesmerter, og dette bør styres på forsvarlig måte av primærlegen».

Så viste det seg altså at han hadde vært vurdert av psykiater tidligere, henvist av andre. Overlegens konklusjon virket umiddelbart klok og riktig på meg. Følgende ble gjort: Pasienten og jeg inngikk en avtale om at han skulle få petidin ved hodepineanfall, men vi var enige om at vi skulle hindre at det ble et jevnt forbruk. Videre fikk pasienten noen petidin stikkpiller som han kunne bruke utenom legekontorets åpningstider, slik at han minst mulig skulle bruke legevakt for dette problemet. Etter dette ble petidinforbruket heller mindre enn større, og forholdet til legekontoret ble mye mindre konfliktpreget, og han ble nesten helt frakoblet fra legevakta. Både pasient og lege følte seg bedre, pasienten var ikke lenger «mistenkeliggjort som narkoman» og legen følte at den praksis han egentlig alltid hadde fulgt, var forsvarlig. Jeg er ikke pasientens fastlege i dag, men så vidt jeg vet, fungerer systemet fremdeles om lag på samme måte, og er sannsynligvis det «beste» man kan oppnå.

Hva er så moralen i denne historien? Kanskje at vi ikke skal være for «firkanta i hue», eller «prinsippfaste», i alle sammenhenger. De aller fleste vil i utgangspunktet si at man ikke skal behandle spenningshodepine eller hodepine av uklar årsak med opiater, enn si sterke opiater. Men i visse tilfeller er kanskje situasjonen så sammensatt og spesiell at det likevel blir den beste løsningen. Det var en stor lettelse for meg da den kloke psykiateren «skar igjennom» problemet som hadde slitt både pasient og lege gjennom flere år, og sa at «dette problemet kan ikke løses optimalt, men man må godta den eneste løsning som kan fungere i praksis».

Denne historien kan det sikkert være ulike syn på, jeg tar gjerne mot kommentarer!

Ivar Skjæie

MARTE WALSTAD

STILLING FASTLEGE OG HELSESTASJONSLEGE
ARBEIDSSTED RANHEIM LEGESENTER, SØR-TRØNDELAG



*Her er Marte
i Bilbao!*

Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

Født og oppvokst i Trondheim. Cand.med NTNU 1986, spes.allmennmed. 1995.
Veileder i allmennmedisin siden 1997. Medlem av Nidaroskongresskomiteen siden 1999,
administrativ leder i 2001 og faglig leder 2003. Medlem av Aplfs Fagutvalg og NSAMs styre.
Bor sammen med mann og to tenåringer i Trondheim.

Når skjønte du at du var blitt lege?

Som turnuslegevikar med midlertidig lisens på medisinsk avdeling ved Rana Sykehus i 1985.

Hva gir deg mest glede i jobben?

Privilegiet å få være med inn i pasientenes historier om livet og døden. Entusiasmen hos yngre kolleger som jeg får lov å være veileder for. Fagutviklingsarbeide som gir resultater.

Hva er det lureste knepet du har gjort for å få en bedre hverdag?

Å starte arbeidsdagen en halv time før legesenteret åpner.

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

Når pasientene sier at de ikke trenger meg på en stund, dvs når jeg tror jeg har gitt dem hjelp til selvhjelp.



Når lo du på jobben sist?

I dag. Av ei vidunderlig nysgjerrig lita jente!

Hvilket ord i den medisinske hverdagen er du mest lei? Hvorfor?

Preventiv medisin. Det stjeler tid fra meg og pasienten og gir oss begge dårlig samvittighet!

Hva ville du gjøre annerledes hvis du startet en ny praksis/ i en ny jobb?

Ingenting.

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

Krevende og utfordrende, men ærlig og med masse humor!

Hva gjør du om fem år?

Fortsatt fastlege med «nogo attåt».

Hvilken person i norsk helsevesen kunne du tenkt deg å bli stående fast i skiheisen med? Og hvorfor?

Hater tanken på å bli stående fast i skiheisen og tviler på at noen fra helsevesenet kunne gjort det mer attraktivt.

Du er helseminister for én dag – hvilke to oppgaver ville du løse først?

Ville gitt all makt til allmennlegene og satt Dagfinn Høybråten til å hjelpe folk med fritt sykehusvalg!

Hva ønsker du mer av i Utposten?

Artikler om allmennmedisinske tema som inspirerer til fagutvikling! Det er mye bra i Utposten!

Hva blir bedre i primærmedisinen i fremtiden?

Vaktordninger, vikarer og samhandling med 2.linje. Ett samlet og sterkt allmennmedisinsk fagutviklingsmiljø med rom for spenstige diskusjoner.

Hva håper du at du skal gjøre før du blir gammel?

Se mer av verden og oppleve at mine barn og barnebarn får en bra framtid!

Tror du at dine venner at du skal bli mer rampete eller mer skikkelig?

Det spørs hvem du spør. Rampestreker kan være så mangt!

Hvilken kollega utfordrer du til å la seg portrettere «I forbifarten» i neste nummer av Utposten?

Gisle Roksund, ny leder i NSAM!



B-blad

Returadresse:
RMR, Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

*God
høst!*

