

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

Sjansane er små ettersom eg alltid går på ski, men det hadde vore eit passande høve til å diskutere livets usikkerheit med Ingvard Wilhelmsen.

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

- 1a) Styrke eldreomsorgen.
- 1b) Få fart i psykiatrien
- 2a) Luke i helsebyråkratiet.
- 2b) Desentralisere helsemakt.
- 2c) Få private kosmetiske «bart-skjærarar» tilbake i meir nyttig helsearbeid.

Hva ønsker du mer av i Utposten?

Er veldig fornøyd med Utposten. Fin blanding av stoff, der eg alltid les lyrikksida fyrst.

Hva blir bedre i primærmedisinen i fremtiden?

Betre og meir stabil legedekning

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

Håpar å vera arbeidskar til eg er 80, få passe mange barnebarn, og så har eg nok ei litt for lang liste over hobbyar.

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

Eg håpar dei syns eg skal fortsetje med å vera meg sjølv.

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

Toralv Lura, Husnes legesenter. God studiekamerat som eg fortsatt deler mange interesser med.

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!

Oppstart med inhalasjonssteroider ved astma i allmennpraksis

Astma er en vanlig sykdom i allmennpraksis som de senere årene har økt i insidens. I Norge regner vi med at insidens er rundt tre til fire prosent, noe som tilsvarer rundt 50 pasienter i en normal fastlegepraksis.

Etter at astma ble anerkjent som en inflammatorisk sykdom er inhalasjonssteroider blitt basisbehandlingen ved astmabehandlingen. De siste årene har vi også sett introduksjonen av kombinasjonsbehandling (inhalasjonssteroider og langtidsvirkende B2-agonister), men ifølge retningslinjene skal disse introduseres til de pasientene som ikke har effekt av inhalasjonssteroider.

Før behandling av enhver sykdom er det viktig med en riktig diagnose. Når det gjelder astma mistenker jeg dette først ut fra sykehistorien. Faktorer som atopisk sykdom i familien eller hos pasienten, hoste, spesielt nattlig, eller i forbindelse med anstrengelse, tungpust og piping i brystet gjør at jeg tenker astma. Ofte vil pasienten kunne fortelle at de tidligere også har forsøkt behandling med astmamedisiner i kortere eller lengre perioder.

Når mistanken er tilstede er mitt neste skritt å få en objektiv måling av lungefunksjonene. Spirometri er nå hyppig brukt i allmennpraksis og det er vist at dette kan gjennomføres i allmennpraksis med gode og reproducerbare tall. Dersom spirometrien viser obstruksjon vil jeg utføre en reversibilitetstest med en gang. Her vil diagnosen astma kunne stilles ved en økning i FEV1 på > tolv prosent.

Da astma er en variabel sykdom vil spirometrien noen ganger være normal på kontoret. Jeg bruker da ofte hjemmeregistrering av PEF som et hjelpemiddel. Da ber jeg pasienten registrere PEF morgen og kveld over fjorten dager. En variasjon i PEF målingene på over tjue prosent mellom høyeste og laveste måling indikerer astma.

Ved mild astma vil det første trinnet på behandlingen være en kortidsvirkende B2-agonist ved behov. Ofte vil dette være tilstrekkelig, men dersom pasienten må bruke denne mer enn tre til fem ganger pr uke eller har vedvarende symptomer vil jeg legge til fast forebyggende medisin. Førstevalget blir da inhalasjonssteroid i lav til moderat dose (200–800 mikrogram budesonid eller tilsvarende).

Den første tiden kan det da også være nytting at pasienten fører en dagbok der symptomer og eventuelt PEF blir registret. De kommer alltid tilbake til en kontroll, ofte etter fire til seks uker med mindre de har alvorlige plager. Da er det viktig at pasienten demonstrerer inhalasjonsteknikk på kontoret for å sikre at den er optimal.

Ved mangel på respons vil det være naturlig å øke medisinerings, men husk alltid på å sjekke at pasienten har forstått hvordan de skal ta medisiner og bruker dem riktig! Mange vil ha svært god nytte av en skriftlig behandlingsplan der man også kan gi instruksjon om hva de skal gjøre ved en forverrelse.

Sist, men ikke minst er det viktig å høre om røykevaner. Det er klar dokumentasjon på at mange har lite effekt av inhalasjonssteroider dersom de også røyker. Alle som røyker må få hjelp til å slutte og vi som følger pasientene over lang tid har en unik mulighet til å hjelpe dem med dette.

Anders Østrem, Leder, Lunger i Praksis. Spes.allmennmedisin, Oslo.