

TORALV LURA

STILLING ALLMENN PRAKSIS, NÅ OGSÅ BENEVNT FASTLEGE
ARBEIDSSTED HUSNES HELSESENTER, KVINNHØRAD, HORDALAND



Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

At jeg er en notorisk skeptiker til det meste.

For pasientene kalles du «doktor...» med fornavn eller etternavn?

Etternavn.

Hva gir deg mest glede?

Dere må gjerne spørre...

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

Aldri ha på mobiltelefon, aldri svare på spørreundersøkelser/markedsundersøkelser/enquêter pr telefon eller brev, men her har jeg visst glippet litt.

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

Når jeg bidrar til at syke mennesker blir friske eller i alle fall bedre /eventuelt blir flinkere til å mestre sin sykdom.

Når gjør du uviktig arbeid?

Når jeg bidrar til å gjøre friske mennesker syke.

Forutsatt ubegrenset med tid og penger til forskning; hva ville du funnet ut mer om?

Hva vet vi nok om pr i dag? Det måtte i så tilfelle være at homøopati ikke har grunnlag for fysisk virkning. Resten ønsker vi vel å finne ut mer om?

Hvis du ikke var lege, hva gjorde du da?

Realiteten: Lektor

Drømmen: Konsertpianist

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

Sta, vindskeiv, løvetann som ikke passer inn i noe skjema.

Er det lov å bli skikkelig sint på en pasient og vise det?

Hvordan gjør du det?

Det er neppe ikke til å unngå å bli sint. Men jeg prøver å bli det med en viss stil og dannelse og etter beste evne unngå å bli fiendtlig.

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

John Alvheim.

Begrunnelsen overlates til lesernes fantasi.

Du er helseminister for én dag. Budsjettkontrollspøkelset gjør at du må flytte midler fra et formål til et annet.

Hvem får mer, hvem får mindre med deg som minister?

Mer: Midler til produsent uavhengig informasjon om legemidler til forskrivende leger

Mindre: Super hype krisepsykiatri med stort mediatekke.

Hva bør primærhelsetjenesten prioritere de neste tre årene?

Festtale: Å bli ennå tydeligere på hvorfor allmennmedisin er en nødvendig motpol til den stadig mer subspesialiserte spesialisthelsetjeneste. Et sted hvor mennesker kan få informasjon, veiledning og råd og delta i refleksjon over sine lidelser

Realitet: Holde det gående, slite for å ha korte ventelister, imøtekomme økende og sprikende forventninger, håpe at legedekningen rundt deg er slik noenlunde, dekke opp for uforutsett sykefravær osv osv

Hvilket sykehus er Norges beste?

Det eneste jeg har erfaring med i alle roller er Haukeland Sykehus

Forslag til neste intervjuobjekt. Kom også med et spørsmål som vi kan presentere ham/henne for.

Oddvar Rune Larsen pt Kabul. Spørsmål: Hvordan kobler du best av fra stress på jobben?



C Avandia «GlaxoSmithKline»
Antidiabetikum.

ATC-nr.: A10B G02

TABLETTER, filmdrasjerte 4 mg og 8 mg: Hver tablett inneholder: Rosiglitazonmaleat tilsv. rosiglitazon 4 mg, resp. 8 mg, laktosemonohydrat 22,7 mg, resp. 45,4 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Gult og rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Rosiglitazon er indisert til behandling av pasienter med diabetes mellitus type 2. **Monoterapi:** Til pasienter (spesielt overvektige pasienter) som er utilstrekkelig kontrollert vha. diett og mosjon og som ikke kan benytte metformin pga. kontraindikasjon eller intoleranse. **Peroral dualterapi:** I kombinasjon med metformin til pasienter (spesielt overvektige pasienter) som har utilstrekkelig glykemisk kontroll tross bruk av maks. tolererbare dose metformin som monoterapi. I kombinasjon med sulfonylurea kun til pasienter som ikke kan benytte metformin pga. kontraindikasjon eller intoleranse og som har utilstrekkelig glykemisk kontroll tross bruk av sulfonylurea som monoterapi. **Peroral trippelterapi:** I kombinasjon med metformin og sulfonylurea hos pasienter (spesielt overvektige pasienter) som har utilstrekkelig glykemisk kontroll tross peroral dualterapi.

Dosering: Vanlig startdose er 4 mg/dag. Dosen kan økes til 8 mg/dag etter 8 uker dersom bedre glykemisk kontroll er nødvendig. Kan doseres 1 eller 2 ganger daglig, med eller uten mat. **Eldre:** Ingen dosejustering er påkrevd. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosejustering er ikke nødvendig ved mild til moderat nedsatt nyrefunksjon. Brukes med forsiktighet ved alvorlig nyresvikt.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for rosiglitazon, eller noen av hjelpestoffene. Hjertesvikt, eller tidligere kjent hjertesvikt (NYHA I-IV). Redusert leverfunksjon. I kombinasjon med insulin.

Forsiktighetsregler: Kan forårsake doseavhengig vaskeretensjon som i sin tur kan forverre eller fremskynde hjertesvikt. Symptomer på vaskeretensjon, inkl. vektøkning, skal overvåkes og undersøkes. Rask og stor vektøkning er svært sjelden. Pasienter, særlig de med redusert hjertekapasitet, bør observeres for tegn til og symptomer på hjertesvikt. Behandlingen seponeres dersom hjertestatus forverres. Rosiglitazon i kombinasjon med insulin har gitt økt forekomst av hjertesvikt. Hjertesvikt er hyppigere hos pasienter med kjent hjertesviktanamnese, med mild til moderat nyresvikt og hos eldre. Enkelte tilfeller av hepatocellulær dysfunksjon er rapportert.

Leverenzymverdier bør sjekkes før behandlingen initieres og deretter periodisk basert på klinisk status. Behandlingen bør ikke initieres ved økte leverenzymnivåer (ALAT >2,5 x øvre normalgrense) eller med andre tegn på leversykdom. Dersom ALAT-verdiene øker til >3 x øvre normalgrense i løpet av behandlingen, skal disse verdiene verifiseres så raskt som mulig. Dersom verdiene fremdeles er >3 x øvre normalgrense avbrytes behandlingen. Ved symptomer som kan tyde på redusert leverfunksjon, skal leverenzymverdiene kontrolleres. Beslutning om å fortsette eller seponere behandlingen bør tas etter klinisk vurdering av laboratoriefunnene. Ved ikterus seponeres behandlingen. Det anbefales at pasientens vekt følges nøye. Hos pasienter med lave hemoglobinverdier for behandlingsstart, vil det være økt risiko for anemi. Ved peroral dual- eller trippelterapi sammen med sulfonylurea kan det oppstå doserelatert hypoglykemi, og en reduksjon av sulfonylureadosen kan være nødvendig. Bruk av rosiglitazon i peroral trippelterapi kan være assosiert med økt fare for vaskeretensjon, hjertesvikt og hypoglykemi. Justering av sulfonylureadosen kan være nødvendig. Når peroral trippelterapi initieres skal også insulinbehandling vurderes. Det er observert gjenopptakelse av ovulasjon hos pasienter som har vært anovulatoriske pga. insulinresistens. Pasientene må informeres om muligheten for at de kan bli gravide, og dersom en pasient ønsker å bli gravid, eller blir det mens hun står på behandling, skal behandlingen seponeres. Skal brukes med forsiktighet ved alvorlig nyresvikt. Bør ikke gis ved arvelig galaktoseintoleranse, pasienter med en spesiell form for arvelig laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller ved glukose-galaktose malabsorpsjon da tabletten inneholder laktose. Anbefales ikke til pasienter <18 år. Erfaring med rosiglitazonbehandling begrenser seg til 3 år. Nytt av langtidsbehandling er ikke dokumentert.

Interaksjoner: Brukes med forsiktighet ved samtidig bruk av CYP 2C8-hemmere (f.eks. gemfibrozil) eller indukere (f.eks. rifampicin). Samtidig bruk av gemfibrozil har doblet plasmakonsentrasjonen av rosiglitazon. En reduksjon av rosiglitazondosen kan være nødvendig. Samtidig bruk av rosiglitazon og rifampicin har redusert plasmakonsentrasjonen av rosiglitazon med 66%. Det kan ikke utelukkes at andre indukere (f.eks. fenytoin, karbamazepin, fenobarbital, johannesurt) også kan påvirke plasmakonsentrasjonen av rosiglitazon. En økning av rosiglitazondosen kan være nødvendig. Samtidig bruk av NSAIDs kan øke risikoen for ødem.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Skal ikke brukes under svangerskap. Overgang i morsmelk: Skal ikke brukes ved amning.

Bivirkninger: Monoterapi: **Hyppige (>1/100):** Blod: Anemi. Metabolske: Hyperkolesterolemi. Øvrige: Ødem. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Flatulens. Metabolske: Glukosuri, hyperlipemi, hypertriglyseridemi, vektøkning, økt appetitt. Sirkulatoriske: Hjertesvikt. Øvrige: Parestesi. Peroral dualterapi med metformin: **Hyppige (>1/100):** Blod: Anemi. Gastrointestinale: Flatulens, kvalme, brekninger, gastritt. Metabolske: Hypoglykemi. Øvrige: Ødem. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Obstipasjon. Metabolske: Hyperlipemi, forverret diabetes mellitus, hyperkolesterolemi, vektøkning, nedsatt appetitt. Sirkulatoriske: Hjertesvikt. Peroral dualterapi med sulfonylurea: **Hyppige (>1/100):** Blod: Anemi, trombocytopeni. Metabolske: Hypoglykemi, vektøkning, hyperlipemi. Øvrige: Ødem, svimmelhet. **Mindre hyppige:** Blod: Leukopeni. Gastrointestinale: Flatulens. Lever: Abnormal hepatisk funksjon. Metabolske: Hyperkolesterolemi, hypertriglyseridemi, økt appetitt. Sirkulatoriske: Hjertesvikt. Øvrige: Trethet. Peroral trippelterapi: **Hyppige (>1/100):** Blod: Anemi. Gastrointestinale: Kvalme. Metabolske: Hypoglykemi, hyperkolesterolemi, vektøkning, hyperlipemi. Sirkulatoriske: Hjertesvikt. Øvrige: Ødem. **Mindre hyppige:** Blod: Granulocytopeni. Gastrointestinale: Dyspepsi. Metabolske: Nedsatt appetitt. Øvrige: Hodepine, svimmelhet, myalgia. Sjeldne tilfeller av forhøyede leverenzymverdier og hepatocellulær dysfunksjon er rapportert. Svært sjeldent er fatalt forløp blitt rapportert, og kausal sammenheng med behandling er ikke vist. Sjeldne tilfeller av lungeødem er rapportert. Svært sjeldne tilfeller av angioødem, urticaria og rask og stor vektøkning er rapportert.

Overdosering/Forgiftning: Enkeltdoser på opptil 20 mg har vært gitt uten bivirkninger. Ved overdosering anbefales behandling ut fra pasientens kliniske status. Rosiglitazon er sterkt proteinbundet og utskilles ikke ved hemodialyse.

Egenskaper: **Klassifisering:** Antidiabetikum i klassen tiazolidindioner. **Virkningsmekanisme:** Selektiv agonist for peroksisomal proliferatoraktivert gammaresptor (PPARγ). Senker blodsukknivået ved å redusere insulinresistens i fettvev, skjelettmuskulatur og lever. Den glukosereduserende effekten kommer gradvis, med tilnærmet maks. reduksjon i fastende plasmaglukose etter ca. 8 uker. Insulinresistensen reduseres og betacellefunksjonen i pankreas forbedres. Den forbedrede glykemiske kontrollen er også forbundet med en signifikant reduksjon av frie fettsyrer. Kombinasjonsbehandling med sulfonylurea eller metformin gir additiv effekt på glykemisk kontroll ved diabetes mellitus type 2. **Absorpsjon:** Absolutt biotilgjengelighet er ca. 99%. Maks. plasmakonsentrasjon nås etter ca. 1 time. Absorpsjonen påvirkes ikke av mat. **Proteinbinding:** Rosiglitazon ca. 99,8%, hovedmetabolitten (parahydrokysulfat) ca. 100%. **Fordeling:** Distribusjonsvolumet er ca. 14 liter. **Halveringstid:** Ca. 3-4 timer. Total plasmaclearance er ca. 3 liter/time. Halveringstiden til metabolittene er ca. 130 timer. **Metabolisme:** I utstrakt grad til parahydrokysulfat. Hovedsakelig via CYP 2C8, og noe via CYP 2C9. Det kan ikke utelukkes at metabolitten bidrar til aktiviteten. **Utskillelse:** Ca. 2/3 elimineres via urin, ca. 25% utskilles via fæces. **Pakninger og priser:** 4 mg: Endose: 56 stk. kr 747,20, Enpac: 28 stk. kr 374,10, 56 stk. kr 747,20, 8 mg: Enpac: 28 stk. kr 582,90. Priser av 01.02.2005

T: 5d).

Refusjon: Glitazoner refunderes kun som kombinasjonsbehandling, og bare til pasienter som ikke oppnår en tilstrekkelig sukkernivå med en kombinasjon av metformin pluss sulfonylurea eller får uakseptable bivirkninger med metformin-, sulfonylureapreparater eller en kombinasjon av disse, og kun til de pasienter hvor alternativ behandling ville vært insulin. Rosiglitazon skal kun forskrives av leger som har utstrakt erfaring med behandling av diabetes mellitus type 2.



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