

av pasienter med henholdsvis diare og forstoppelsesdominert IBS. Tri-  
cykliske antidepressiva (som Surmontil, Sarotex og Sinequan) viser ef-  
fekt ved IBS som ved andre kroniske smertetilstander men bruken be-  
grenses av bi-virkninger. Imodium kan være effektiv ved plutselig  
avføringstrang og diare. Fiber, probiotika og antibiotika har tvetydig  
og lite overbevisende effekt ved IBS. Kostråd anbefales gjerne men  
kan være vanskelig og har usikker effekt ved IBS.

Psykologisk intervensjon, som for eksempel kognitiv terapi og hypno-  
terapi, er et spennende tilbud til pasienter med IBS. NoIA-studien  
viste at pasienter med IBS og uttalt komorbiditet utgjorde en spesielt  
plaget gruppe som trolig både ønsker og trenger behandling. Dersom  
vi kan finne effektiv behandling for disse pasientene med medisinsk  
uforklarlige symptomer, gjerne oppfattet som somatisering, vil det  
løse et hovedproblem i dagens helsevesen. En fordel med psykologisk  
behandling er vektlegging av pasientens egen mestring av magepla-  
gene, fravær av bivirkninger og langtidseffekter på komorbide symp-  
tomer og livskvalitet. Dessverre er slik behandling ressurskrevende og  
knappt tilgjengelig. Det er behov for studier som undersøker effekten  
av enklere psykologiske intervensjoner. En «generell terapeutisk til-  
nærming» utgjør trolig en psykologisk intervensjon i seg selv, er til-  
gjengelig og mulig å tilby i dag dersom allmennpraktikere har til-  
strekkelig kunnskap om IBS.

### Veien videre

Det er lett for en som har brukt fem år av sitt liv til å lære mer om IBS  
å miste perspektivet og belære andre leger. Mitt hovedbudskap er all-  
ikevel at tilstrekkelig kunnskap om IBS muliggjør god håndtering av  
de fleste pasienter med en gåtefull mageplage som rammer nesten en  
av ti i den norske befolkning. Å tilegne seg slik kunnskap utgjør en  
stor utfordring og forutsetter at dere som allmennpraktikere finner det  
meningsfylt. Av tilgjengelige kunnskapskilder kan jeg anbefale Norsk  
Elektronisk Legehåndbok (NEL) og artikkelnummer 1, 5 og 6 i refe-  
ranselisten. Jeg håper også på tilbakemelding fra dere, til uvurderlig  
hjelp for en som vil fortsette å forske på mageplager i allmennpraksis  
(per.vandvik@start.no).

### Referanser

1. Talley NJ, Spiller R. Irritable bowel syndrome: a little understood organic bowel disease? *Lancet* 2002;360:555-64.
2. Vandvik PO, Kristensen P, Aabakken L, Farup PG. Abdominal complaints in general practice. *Scand.J.Prim.Health Care* 2004;22:157-62.
3. Vandvik PO, Wilhelmsen I, Ihlebaek C, Farup PG. Comorbidity of irritable bowel syndrome in general practice: a striking feature with clinical implications. *Aliment.Pharmacol.Ther.* 2004;20:1195-203.
4. Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology* 2002;122:1140-56.
5. Jones J, Boorman J, Cann P, Forbes A, Gomborone J, Heaton K *et al.* British Society of Gastroenterology guidelines for the management of the irritable bowel syndrome. *Gut* 2000;47 Suppl 2:ii1-19.
6. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Muller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999;45 Suppl 2:II43-II47.
7. Vandvik PO, Aabakken L, Farup PG. Diagnosing irritable bowel syndrome: poor agreement between general practitioners and the Rome II criteria. *Scand.J.Gastroenterol.* 2004;39:448-53.
8. Mertz HR. Irritable bowel syndrome. *N.Engl.J.Med.* 2003;349:2136-46.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om  
artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv?  
Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie.  
Kontakt ham på [ivskeie@online.no](mailto:ivskeie@online.no)

## Et tilbud du ikke kan motstå?

En velkledd mann kommer inn på kontoret.  
Ett av mange nye ansikter etter at jeg tok over  
denne praksisen. Jeg tar en rask kikk på time-  
lista, som ikke åpenbarer noe om mannens  
ærend. Jeg ser først nå at han faktisk ikke har  
fastlege hos oss. Kjenner meg litt irritert over  
at det ikke er fortalt meg noen grunn til dette  
på forhånd. Jeg spør ham, og får til svar at han  
kommer fra en av bygdene et godt stykke her-  
fra. Har pleid å ta seg en bytur i ny og ne, og da  
har han samtidig pleid å få seg en blodtrykk-  
sjekk. Han forteller at den tidligere legen har  
vært svært grei og også sendt ham resepter i  
posten når han har trengt det, mot betaling.  
Har fastlege i hjembygda, og har ikke brydd  
seg med å skifte fastlege til oss.

Han ber meg måle blodtrykket, og jeg gjør  
det. Han ber deretter om å få resept på de faste  
medisinene. Jeg har allerede sett i journalen at  
han i flere år har fått jevnlige, betydelige  
mengder med Valium. Mot milde nervøse  
plager, forteller han. Jeg finner det merkelig,  
spesielt da han ikke har fastlege her. Jeg tar  
dette opp med ham og prøver å komme på  
noen gode formuleringer fra et ikke alt for  
fjernt grunnkurs om temaet. Blir enig med  
meg selv om at han kan få resept på blod-  
trykksmedisiner her inntil han har ordnet seg  
med fastelegen sin. Men Valium vil jeg ikke  
skrive ut da jeg ikke har noen garanti for at  
han ikke får Valium hos fastlegen også. Hvis  
han vil fortsette her, må han ordne dette med  
fastlegekontoret. Prektig og opptatt av å gjøre  
det rette, synes du kanskje?

Neste trinn kommer uansett overraskende på  
meg: Mannen tar opp en tusenlapp og rekker  
meg. Han sier at han alltid har hatt et godt for-  
hold til den tidligere legen her, som også var så  
grei å sende ham resepter i posten mot kom-  
pensasjon. Jeg får inntrykk av at jeg skal tjene  
godt på å fortsette ordningen. Litt forfjamset  
avslår jeg tilbudet, og tar betaling for timen.  
Blodtrykket var stabilt.

Lege NN.