



Utposten starter en ny serie i dette nummeret. Vi vil fokusere på forskning i allmennmedisinen ved å presentere forskjellige prosjekter som er ferdige, eller som er under gjennomføring. Først ut er Grete Daatland Andersen, som viser et godt eksempel på at forskning i allmennpraksis kan være relevant og oversiktlig, samtidig som det kan gi nyttig kunnskap.

Forskning i det små

en alminnelig allmennleges erfaring med forskning

AV MARK FAGAN

Forskning i allmennmedisin er så mangt. På den ene enden av spektret ligger akademisk allmennmedisin med de toneangivende forskere innenfor universitetsmiljøene. På den andre enden, der jeg befinner meg, er alminnelig fastleger med spørsmål de ikke finner svar på. Et spørsmål begynne å plage dem såpass at de bestemmer seg for å prøve å finne et svar. De aner ikke hvor mye innsats det å finne svaret kommer til å kreve, men de aner heller ikke hvor givende forskningsprosessen kommer til å bli. Det finnes kurs, veiledningshefter og bøker om allmennmedisinsk forskning, her tenkte jeg å fortelle litt om mine erfaringer. (1,2)

Det hele begynner med et ubesvart spørsmål. Å jobbe som allmennpraktiker gir ubegrenset adgang til ubesvarte spørsmål. Det kan nesten være for mye til tider. Utfordringen blir å fokusere på et spørsmål. Så kan du gå til verks for å finne svar. En forutsetning for å lykkes er å ha et miljø eller en veileder som kan hjelpe med å komme i gang. For mitt vedkommende startet prosessen i Grunnkurs III. Vi ble delt opp i smågrupper og oppgaven var å finne en problemstilling egnet til et forskningsprosjekt. Min ide ble valgt. Vi skulle finne ut om valg av antibiotika i behandling av akutt bronkitt var i samsvar med retningslinjer fra SLK (3). I løpet av et par dager, og med gruppens innsats, hadde jeg en ferdig skrevet protokoll. Det skulle gå nesten to år

før en engasjert kollega fra Forskergruppen i Arendal (4) spurte meg om hvorfor jeg ikke hadde kommet i gang med prosjektet.

Forskergruppen i Arendal er en gruppe leger som møtes tre ganger hvert halvår med Christian Borchgrevink som veileder. Den består av en gruppe engasjerte kolleger som er støttende, men som ikke vegrer seg for å gi konstruktiv kritikk. Alle har publisert artikler og har opparbeidet kompetanse for artikkelskriving, presentasjon av arbeid, statistikk, literatursøkning med mer. Det spennende faglige samværet er en etterlengtet kontrast til den faglige ensomme tilværelsen som allmennpraktiker.

Gruppen var avgjørende for at min protokoll ikke ble gjemt i en skuff. Tiden mellom møtene, spesielt uken før, ble brukt til å jobbe videre med prosjektet. Møtehyppigheten garanterer for et passende press på fremgang. Jeg så frem til disse møtene der jeg fikk forslag til problemløsninger jeg ikke fant selv. Men mest viktig var den smittende entusiasmen i gruppen. Den var reddende i perioder da jeg synes prosjektet gikk treg og lurte på hva jeg hadde satt i gang. Samtidig som jeg fikk støtte for mitt eget prosjekt bidro jeg til de andres prosjekter. Denne gjensidigheten er både lærerik og inspirerende.

Litt under to år etter at jeg begynte i Forskergruppa var data innsamlingen gjort, og artiklene ferdig publisert. (5,6). Det var spennende å se innsatsen på trykk, og den diskusjon den utløste på Eyr. Men det var prosessen jeg hadde mest igjen for. Jeg synes det var mange paralleller til husbygging. Prosessene er like frustrerende og læringsrike (personlig erfaring). Jeg har større respekt og forståelse for godt snekkerarbeid etter å ha jobbet med en dyktig byggmester. Det samme gjelder forskning i allmennmedisin. Jeg kan mye mer av faget etter denne erfaringen, men er prisgitt og har stor respekt for «mestrene» som virkelig kan faget. I tillegg kommer man i kontakt med andre leger som har den samme faglige interessen, noe som er uunnværlig for ens egen faglige utvikling.

Å drive med forskning i slik beskjeden skala som jeg (og de fleste i vår gruppe) har gjort er givende, men krevende innsats. Jeg har ikke regnet timene som har gått til prosjektet, men de er mange. I ca ett år satt jeg av tre til seks timer hver torsdag og brukte noe av fritiden i tillegg. Det hjalp å få økonomisk støtte fra allmennpraktikerstipend ordning og kvalitetssikringsfond 1. Til gjengjeld får man tellende timer til videreutdanning i allmennmedisin. Likevel er det verken tellende timer eller økonomiske konsekvenser som er avgjørende for å forske som allmennpraktiker. Det er vilje og tid.

Etter å ha gått gjennom forskningsprosessen er det nesten utenkelig å være foruten. Den har økt min kompetanse som allmennlege og styrket både yrkesidentitet og yrkesstolthet. Den har gjort meg bevisst på hvor viktig det er at allmennpraktikere selv forsker, og danner premisser for hvordan vårt fag utvikles og praktiseres.

Det har gått noen år siden mitt første forskningsprosjekt ble publisert. Jeg har et prosjekt som er under arbeid nå, men må innrømme å ha dårlig samvittighet for fremgangen. Fordeling av tid mellom fag og forpliktelser utenfor faget er utfordrende. Jeg får trøste meg med at det går fremover, dog noe saktere enn håpet. Da er det godt å ha et miljø med dyktig og støttende kolleger.

Literaturliste får ved henvendelse til forfatteren.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
marfaga@online.no

C Yasmin Schering AG

Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G03A A12

TABLETTER, filmdrasjerte: Hver tablett inneholder: Drospirenon. 3 mg, ethinylestradiol. 0,03 mg, lactos., const. q.s. **Fargestoff**: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). I pakningen med 28 tabletter er de hvite tablettenes placebotabletter. Indikasjoner: Antikonsepsjon. **Dosering**: 21 tabletter: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødningens første dag. Det skal tas 1 tablett daglig i 21 etterfølgende dager. Etter 7 tablettfrie dager startes et nytt brett.

I løpet av de tablettfrie dagene inntreffer vanligvis en bortfallsblødning. Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablett. 28 tabletter: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødningens første dag og fortsetter med 1 tablett hver dag i 28 dager. Den første tablett tas fra feltet merket start på riktig ukedag. Etiketter med dagsmarkering ligger i pakningen. Deretter tas 1 tablett daglig uten opphold. De hvite tablettenes på slutten av brettet er placebo og mens pasienten tar disse, kommer en menstruasjonslignende blødning (bortfallsblødning). Yasmin 28 tabletter tas kontinuerlig. En går direkte over på neste brett uten opphold. Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablett.

Kontraindikasjoner: Graviditet. Venetrombose, nåværende eller tidligere (dyp venetrombose, lungeemboli). Arterietrombose, nåværende eller tidligere (f.eks. cerebrovaskulær skade, myokardinfarkt) eller prodromalt tilstander (f.eks. angina pectoris og forbigående ischemisk hjertesykdom). Tilstedeværelse av én alvorlig eller flere risikofaktorer for arterietrombose: Diabetes mellitus med vaskulære symptomer, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteinemi. Arvelig eller ervervet predisposisjon for vene- eller arterietrombose, f.eks. antitrombin-III-mangel, protein C-mangel eller -resistens, protein S-mangel, hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer (antikardiolipinantistoffer, lupusantikoagulanter). Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normale igjen. Alvorlig nyreinsuffisiens eller akutt nyresvikt. Tidligere eller nåværende levertumorer (god- eller ondartede). Mistanke om eller kjente maligne tilstander i genitale organer eller brystene hvis disse er påvirkelige av seksualsteroider. Ikke-diagnostisert vaginal blødning. Tidligere migrene med fokale neurologiske symptomer. Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Bruk av kombinasjons p-piller er assosiert med økt risiko for venøs blodpropp (VTE). Tilleggsrisikoen for VTE er høyest det første året med bruk av kombinasjons p-pille. Risikoen er mindre enn risikoen for VTE i sammenheng med graviditet.

VTE er fatalt i 1-2% av tilfellene. Før behandling institueres, foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese, blodtryksmåling og en gynekologisk undersøkelse der graviditet utelukkes. Senere kontroller avgjøres ut fra etablert praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Risiko for venøs tromboemboli øker ved positiv familiehistorie (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), økt alder, fedme, langvarig immobilisering, store kirurgiske inngrep, kirurgiske inngrep i bena eller alvorlige skader. I disse tilfellene anbefales det at bruken av p-pillen avbrytes (ved elektiv kirurgi minst fire uker før) og at den ikke gjenopptas for 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risiko for arterielle tromboembolier øker ved økt alder, røyking, dyslipoproteinemi, hypertensjon, valvulær hjertesykdom, atrieflimmer. Kvinner over 35 år rådes til ikke å røke. Ved mistanke om eller bekreftet trombose må preparatet seponeres. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med karkomplikasjoner omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom og kronisk inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt). Økning i hvor ofte migreneanfall inntreffer og hvor kraftige anfallene er (kan være prodromalt tilstand for en cerebrovaskulær hendelse), kan være en grunn til å seponere preparatet umiddelbart. Tilfeller av levertumorer har forekommet. I isolerte tilfeller har disse tumorene ført til livstruende intraabdominale blødninger. Levertumor må vurderes i den differensielle diagnosen hvis alvorlig smerte i øvre abdomen, forstørrelse av leveren eller tegn på intraabdominal blødning forekommer. Preparatet seponeres ved unormale leverfunksjonsprøver. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Kvinner med hypertriglyseridemi eller med en familær historie for dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt har vært rapportert. Kvinner med chloasmatendens bør unngå eksponering for sollys og ultrafiolett stråling. Kan nedsette perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og diabetikere må stå under streng legekontroll. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, Lapp-laktasemangel, eller glukose-/galaktosemalabsorpsjon, og som har et laktosefritt kosthold, bør ta hensyn til laktosemengden i tablettenes. Oppkast eller diaré kan føre til ufullstendig absorpsjon. Hvis tablettenes tas mer enn 12 timer for sent, kan dette redusere antikonsepsjonsbeskyttelsen. I slike tilfeller bør annen prevensjon anvendes i tillegg i 7 dager. For mer informasjon om forholdsregler ved glemt tablett, se pakningsvedlegg. Hvis kvinnen har glemt å ta tabletter og deretter ikke har noen bortfallsblødning i den første normale tablettfrie perioden, må muligheten for graviditet vurderes. Utsettelse av menstruasjonen: 21 tabletter: Nytt brett påbegynnes direkte uten opphold. 28 tabletter: Menstruasjonen kan utsettes ved først å ta de lyseule tablettenes og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tablettenes. Start deretter direkte på et nytt brett.

Interaksjoner: Ved bruk av andre medikamenter som kan gi økt serumkalium, må pasienten testes for serumkalium i løpet av den første behandlingstiden. (I: G03A A/AB p-piller) Graviditet/Amning: Se Kontraindikasjoner. **Overgang i placenta**: Skal ikke brukes under graviditet. **Overgang i morsmelk**: Kan innvirke på mengden av og endre sammensetningen på morsmelken. Små mengder med antikonsepsjonssteroider og/eller metabolitter kan utskilles med melken. Disse mengdene kan påvirke barnet. Bør ikke anvendes under amning. **Bivirkninger**: Hyppige (>1/100): Endokrine: Ømme bryst. **Gastrointestinale**: Kvalme.

Neurologiske: Hodepine, nedstemthet. **Sirkulatoriske**: Migrene. **Urogenitale**: Menstruasjonsforstyrrelser, mellomblødninger, leukoré, vaginal candidiasis. **Mindre hyppige**: **Gastrointestinale**: Brekninger. **Hud**: Akne, eksem, kløe. **Neurologiske**: Forandringer i libido. **Sirkulatoriske**: Hypertensjon, hypotensjon. **Urogenitale**: Vaginitt. **Øvrige**: Vaskeretsjon, endring i kroppsvekten. Sjeldne (<1/1000): **Endokrine**: Væskende bryst. **Hørsel**: Hypakusi.

Luftveier: Astma. **Sirkulatoriske**: Tromboembolisme. **Egenskaper**: **Klassifisering**: Østrogen-gestagen monofasisk kombinasjonspille. **Virkningsmekanisme**: Undertrykkelse av ovulasjonen og forandringer i endometriet. **Absorpsjon**: Maks. serumkonsentrasjon etter 1-2 timer. Absolutt biotilgjengelighet: **Drospirenon**: 76-85%. **Ethinylestradiol**: Ca. 45%. Proteinbinding: Drospirenon: 95-97%. **Ethinylestradiol**: Ca. 98%. **Fordeling**: Distribusjonsvolum: Drospirenon: Ca. 3,7 liter/kg. **Ethinylestradiol**: 5 liter/kg. Halveringstid: Drospirenon: Ca. 27 timer. Plasmaclearance for drospirenon er 1,3-1,7 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittutskillelsen via urin og føces er på ca. 40 timer. **Ethinylestradiol**: Plasmaclearance for etinylestradiol er 5 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittutskillelsen er 20 timer. **Metabolisme**: Mesteparten av drospirenon omdannes i lever. **Ethinylestradiol** omdannes fullstendig. **Utskillelse**: Drospirenon: Via urin og føces. **Ethinylestradiol**: Via urin og galle. Oppbevaring og holdbarhet: Skal ikke oppbevares over 25°C. Pakninger og priser: Datopakn.: 3 x 21 stk. kr 231,70, 3 x 28 stk. kr 223,70.

Sist endret: 04.04.2006

