



Innhold:

LEDER: Kunnskapens nødvendighet og kunnskapens begrensninger. Av PETTER BRELIN OG IVAR SKEIE	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Intervju med Magne Nylenna. Av IVAR SKEIE	2
ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER: Evidensbasert medisin og den allmennmedisinske intuisjon – eller om å finne nåla i høystakken Av IVAR SKEIE	7
NE SKRED: Hva har hun å vinne ved forebyggende statinbehandling? Av PETER A. HALVORSEN OG IRENE HETLEVİK	11
Helsebiblioteket – fra visjon til virkelighet. Av MAGNE NYLENN OG ARILD BJØRNDAL	18
Etablert praksis på usikkert grunnlag? SSRI mot depresjon. Av GUNHILD FİLDE	24
Personlig læreplan – en vei å gå? Av TRINE BJØRNER OG SVERRE BØRGEN	27
Indikasjoner for henvisning til gastrokopi – noe nytt? Av REIDAR FØSSMARK OG HELGE L. WALDUM	30
«Den siste utvei» – ny fedme- operasjon for de mest overvektige. ROBIN GAUPSET INTERVJUET AV JANNIKE REYMERT	32
Vind i seilene for allmennmedisin. Av KARIN FRYDENBERG	36
Festtale på Soria Moria. Av STEINAR HUNSKÅR	38
Faste spalter	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-post: rmrtove@online.no

Adresseliste redaktørene av UTPOSTEN:

Jannike Reymert*Koordinator*

Skogstien 16, 7800 Namsos

Tlf. 74 27 33 50

Faks: 74 20 90 41

E-post: jannike.reymert@ntebb.no

Helen Brandstorp

Smalfjord

9845 Deatnu/Tana

Mobil: 991 52 115

E-post: helenbra@hotmail.com

Gunhild Felde

Vognstølbakken 18 d, 5096 Bergen

Tlf. priv.: 55 29 70 50

Mobil: 959 29 356

E-post: gunhild.felde@online.no

Petter Brelín

Furuvn. 1,

1781 Halden

Tlf. priv.: 69 18 16 32

Mobil: 911 15 510

E-post: brelin@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-post: ivskeie@online.no

Anders Svensson

Boks 181, 8465 Straumstjøen

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

Faks jobb: 76 11 42 22. Mobil: 416 82 489

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

Karin Frydenberg

Parkvn. 1, 2819 Gjøvik

Tlf. priv.: 61 17 92 91

Mobil: 908 63 737

E-post: frydrein@online.no

Forsidebilde: Maleri av Pieter Lantman,
Palais des Beaux Arts, Lille, Frankrike.**Layout/ombrekning:**

Morten Hernæs, PDC Tangen

Design, repro og trykk:

PDC Tangen

Du finner Utposten på

www.uib.no/isf/utposten

Kunnskapens nødvendighet og kunnskapens begrensninger

M

oderne medisin er basert på moderne vitenskap. Vi har fundert på hvordan dette tar seg ut fra klinikerens - og ikke minst allmennlegens - ståsted.

I dette nummeret tar vi opp kunnskapsgrunnlaget i medisinen. Allmennmedisinen kan med rette være stolt av å være i front ved å sette fokus på vitenskapeligheten og dokumenterbarheten av det vi gjør.

De siste 20 årene har det vært en stille revolusjon i medisinen. Mange av oss husker tilbake til den tiden da ekspertene rådde grunnen med sine mer eller mindre godt begrunnede råd om utredning og behandling. I den tiden ble vi forført av løst funderte fysiologiske og biokjemiske argumentasjoner som bare i liten grad ble undersøkt med epidemiologiske, vitenskapelige metoder. Sånn er det ikke lenger. Heldigvis. Evidensbasert medisin (EBM) har befridd oss fra mye av dette. Dersom et tiltak nå viser effekt, nytte og er relevant i en god EBM basert studie, er det mye lettere å ta stilling til tiltaket. Også for oss «alminnelige medisinere». Men, du skal holde tunga rett i munnen. Det er en del begreper man skal holde fra hverandre. Artikkelen til Halvorsen & Hetlevik gir deg det du trenger for å kunne vurdere vitenskapeligheten i det du gjør.

Med disse begrepene, tunga rett i munnen og et åpent sinn, kan du vurdere de tingene du gjør selv. Det har Gunhild Felde gjort. Hun har sett på kunnskapsgrunnlaget for bruk av SSRI'er. Hennes konklusjon kan sikkert diskuteres, vi har gjort det i redaksjonen. Det er håp om at denne diskusjonen vil fortsette i nummerene fremover. Gunhilds artikkel er et godt eksempel på at man ikke trenger å være spesialist eller forsker for å kunne vurdere EBM baserte tiltak.

Vrimmelen av forskningsresultater gjør at ingen kan følge med i alt som publiseres, du trenger systemer for å systematisere kunnskapen. Også du må ha tilgang til kunnskapskildene. Vi vil gjerne bidra til å gjøre Helsebiblioteket til Kunnskapssenteret kjent. Der har du gratis adgang til tidsskrifter, databaser, samlede oversikter osv. Det er knapt grenser for hva du kan finne dersom du leter i dette biblioteket. Svarene finner du i Helsebiblioteket som blir presentert av Magne Nylenna og Arild Bjørndal.

Selv med gode prinsipper for kunnskapshåndtering og tilgang til all verdens kunnskapskilder er det mye du aldri kan få svar på. Faget blir aldri redusert til enkle algoritmer. Som Ivar Skeie omtaler i sin artikkel, er det en rekke ikke-quantifiserbare, individuelle forhold i møtet med den enkelte pasient som det er vanskelig å beskrive, men som gjør at vi av og til går utenom den vanlige algoritmen. Vi kaller det intuisjon.

Det er selvsagt også en rekke spørsmål som kvantitativ forskning ikke kan besvare. Da kan vi få hjelp av kvalitative tilnærminger. Medisin som vitenskap har to bein å stå på, ett naturvitenskapelig og ett humanistisk. De to sidene utfyller hverandre. Særlig helseproblemer som kan relateres til «vanskelige liv» og som kanskje ligger i grenselandet for tradisjonell medisin, kan ofte bedre beskrives og forstås med en kvalitativ tilnærming.

På mange måter forsøker vi å sette opp en ideell virkelighet der all kunnskap er sannhet og all kunnskapsvurdering er uhildet. Slik er det selvsagt ikke. Vi påvirkes av en rekke krefter utenfor oss som trekker i ulike retninger. Legemiddelindustrien er et selvsagt og ofte brukt eksempel. Staten er en annen sterk premissleverandør med sin egen agenda. Den politisk korrekte. Det er etter hvert blitt påfallende med hvilken enighet de forskjellige statlige aktører drar i samme politisk korrekte retning. Dette er av de ting vi har snakket med Magne Nylenna om i Dobbelttimen.

Vi skal være forsiktige med å la noen ferdigtygge kunnskapen for oss. De kan, bevisst eller ubevisst, farge og tilrettelegge kunnskapen slik det passer dem. Dette gjelder også statlige institusjoner. Vi vil fortsatt sette fokus på forskning og kunnskapsdannelse i de kommende nummer. Vi vil fra neste nummer presentere en serie med beskrivelse av en del allmennmedisinske forskningsprosjekter og de som har gjennomført disse prosjektene.

Utposten belyser i dette nummer ulike sider ved produksjon, formidling og anvendelse av medisinsk kunnskap. Dette er viktig stoff, vi håper vi har formidlet det på en måte som gjør det lesbart og interessant i forhold til den kliniske hverdagen vi møter.

Lykke til og god sommer!

Petter Brelin og Ivar Skeie

Utpostens
dobbeltime

Magne
Nylenna

INTERVJUET AV IVAR SKEIE

Det viktigste i forskningen er ikke svarene, men gode spørsmål

Utposten har invitert Magne Nylenna til en samtale om produksjon og formidling av medisinsk kunnskap i vår tid. Han har mer erfaring med dette enn de fleste.

Som distriktslege i fem år på Smøla

lærte han noe om hvordan kunnskap springer ut av den

direkte erfaringen og hvordan legevitenskapen må tillempes i det praktiske kliniske liv. Han gikk deretter over i allmennmedisinsk forskning og fagutvikling og tok tidlig en allmennmedisinsk doktorgrad. Redaktør av Utposten 1983–87, deretter redaktør av Tidsskriftet 1987–2001, aktiv bl.a. med utvikling av internasjonale forskningsetiske retningslinjer, generalsekretær i Legeforeningen 2001–2003. Etter det professor II ved institutt for samfunnsmedisin i Trondheim, nå redaktør for Helsebiblioteket (egen artikkel i dette nr.) for å nevne mye av det viktigste. Han har videre en betydelig egen vitenskapelig produksjon i tillegg til utallige andre artikler, foredrag og bøker. Fra å være den kanskje mest typiske «wonderboy» i sin generasjon av norske leger, er han nå godt over femti og i følge seg selv betydelig «klokere, mer ydmyk og mindre skråsikker» enn for snart tretti år siden da han gikk ut av studiet. Altså i denne sammenheng den naturlige samtalepartner.

UTPOSTEN: *Vi nordmenn har en tendens til å overvurdere vår betydning i verden. Hvilken rolle spiller norsk medisinsk forskning i det store bildet?*

Vi er små. Vi hadde Armauer Hansen og har vært viktige i neuro-science, men vi har ingen nobelpriser. Slik sett er våre bidrag til framgangen i medisinsk behandling og diagnostikk beskjedne i verdensmålestokk. Men forskningen har en annen side som er minst like viktig. Det er en tendens til å undervurdere forskningen som samfunnsaktivitet, vi er oftest ensidig opptatt av forskningsresultatene. Men i et lite land som Norge har forskningen definitivt to formål. Det ene er at norsk forskning skal bidra til å bringe behandling og diagnostikk framover, og der er vi altså små. Men forskning er også en måte å lære seg me-

Forskning handler altså ikke bare om å sende resultater ut i den store verden, men vel så mye om å ta verden inn i oss på en kritisk måte.

todekunnskap og kritisk tenkning på. Aktive norske forskningsmiljøer gir oss kompetanse til kritisk vurdering av internasjonal forskning og det er viktig for tillempeingen av ny kunnskap til våre forhold og vårt helsevesen.

Forskning handler altså ikke bare om å sende resultater ut i den store verden, men vel så mye om å ta verden inn i oss på en kritisk måte. Med fordel kan dette aspektet av forskningen løftes, så blir vi kanskje ikke så blendet av alt som er nytt, heller.

UTPOSTEN: *Er medisinen blitt for ensidig naturvitenskapelig?*

Ja, helt fra studietida har en av mine hovedteser vært at medisinen ikke ensidig er et naturvitenskapelig fag. Et av mine mantra i Tidsskriftet i femten år var at medisinen også er et humanistisk fag som må trekke veksler på metoder fra an-



dre fag. Det handler like mye om å forstå som om å forklare. Mennesket er ingen maskin som kan dissekteres som en bil-motor. Det vil alltid være sider ved sykdom, lidelse og død som ikke lar seg fange av den avanserte medisinske tekno-logien, og det er også en viktig side ved synet på medisinsk forskning. Medisinen kan lett bli for endimensjonal ved at vi mister overblikket over de livsbetingelser vi lever under. Vi kan aldri utrydde sykdom eller risiko for sykdom.

UTPOSTEN: Dette ser vi kanskje til daglig?

Ja, så snart det skjer en tsunami-katastrofe eller et utbrudd av en farlig smittsom syk-dom, er kravet: «Dette må aldri gjenta seg!»

Det kreves «full kontroll». Etter den tragiske hurtigbåt-ulykka på Vestlandet for noen år siden, oppsto en velment aksjon om «lys på alle skjær». Det er et ønske om å elimi-nere døden som mulighet. Det går jo lenger enn regjering-ens ønske om å eliminere fattigdom, det er et ønske om å eli-minere «det onde», herunder sykdom. Det er greit å ha ambisiøse mål å styre etter, men vi vil selvsagt aldri komme dit. Det er litt skummelt at det i vår tid gis inntrykk av at det «risikofrie samfunn» er mulig, dels fra politikere, dels fra fagfolk. Men alle som tenker seg om, vet jo at den neste ka-tastrofen ikke kommer som en tsunami i Thailand, den kan for eksempel komme som en blyforgiftning av drikkevan-net i Finnmark. Den kommer et sted som ingen vil forutse eller ane. Vi trenger å realitetsorientere oss, full kontroll over naturen er umulig, og dette har også med medisinsk forskning å gjøre.

Men alle som tenker seg om, vet jo at den neste katastrofen ikke kommer som en tsunami i Thailand. Den kommer et sted som ingen vil forutse eller ane.

UTPOSTEN: Svært mye av dagens forskning, sannsynligvis langt det meste, er svært detaljfokusert. Trenger vi ikke også en forsk-ning som går på å avdekke helhet og sammenhenger?

Det er viktig – særlig i ei tid der «manns minne» går til for-rige torsdag og alt med perspektiv over tre måneder er lang-siktig – å ha sans for lange linjer. Svært mye i vår tid er øye-blikksfokusert og detaljer. Det er veldig

langt mellom banebrytende nye medikamenter, det aller meste dreier seg om marginale bed-ringer i effekt, med mindre bivirkninger og langt høyere pris.

UTPOSTEN: Hva skal til for å utvikle den gode forskning?

Du må begynne med folk og nysgjerrighet, så prosjekt og så penger, ikke omvendt. Det må være personer som stiller gode spørsmål, og som så får finansiert sine prosjekter. Det motsatte blir på en måte de østeuropeiske femårsplaner, der man begynner med midlene, så planlegger prosjektene og til slutt finner personene. Det er nok noe av dette også i dag. Jeg har aldri vært noen sterk tilhenger av forskerlinjene på medisinstudiet. Det blir lett broileraktig, det blir som i poli-tikken, man får veldig «flinke teknikere». Men jeg kan ikke forstå at en 22-åring på en forskerlinje kan stille de gode spørsmål på vegne av det norske helsevesen. Det er de «gode spørsmål» som er viktig, og dem finner du «der ute», ikke minst i allmennmedisinen. Kulturen i allmennmedisi-nen har vært annerledes enn i medisinen for øvrig, men det særegne er i ferd med å forsvinne, vi får mer tradisjonelle

karriereløp, og vi kan få «broilerforskning» også her, selv om det foreløpig ikke er noe stort problem.

UTPOSTEN: *Så du har fremdeles tro på generalisten?*

Ja, jeg har voldsom tro på generalisten. Jeg har lært veldig mye av å jobbe med historiske tema og tenke i lange linjer, og blitt veldig ydmyk i forhold til fortida. Vi har lett for å se på fortida med nåtidas arrogante utgangspunkt. Det viktigste vi kan lære av historia er å se den i sin egentlige kontekst. Vi har lett for å undervurdere og latterliggjøre tidligere generasjoner, og har et selvsentrert verdensbilde preget av selvfortreffelighet. Dette gjelder både i tid og rom, i forhold til fortida og andre kulturer. Det er viktig å se de lange linjene, tidligere ble slikt kalt klokskap og verdighet, nå blir det mer sett som et tegn på at man er «pensjonert».

Jeg er redd for både broilerpolitikere og broilerforskere og ikke minst for oppstykkning og oppdeling. For å ta en analogi: hvis etikken skal inn i sykehusene i form av at vi får profesjonelle «etikere», er vi på ville veier. Etikkk må gjennomsyre hele virksomheten. Slik er det også med forskning. Vi må se helheten og sammenhengen. For hvis du skiller f. eks. forskning og etikkk fra helheten, sitter du ikke igjen med noen ting til slutt, løken har ingen kjerne.

UTPOSTEN: *Moderne medisinsk forskning er kostbar og ressurskrevende. Hvem finansierer den og hvilke krefter og interesser styrer forskningen.*

Det er vanskelig å få oversikt over hvor stor del som finansieres privat og statlig. I norsk universitets- og høyskolesektor utgjør offentlige bevilgninger til forskning innen medisins- og helsefag ca 3/4, resten er fra private fond og næringsliv og noe utenlandske midler. I tillegg kommer legemiddeldindustriens forskning i egen regi, men den er det vanskelig å få oversikt over, ikke minst fordi det er en mildt sagt glidende overgang mellom forskning og markedsføring.

«Det er de «gode spørsmål» som er viktig, og dem finner du «der ute», ikke minst i allmennmedisinen.»

UTPOSTEN: *Er det økonomiske interesser eller ønsket om bedre folkehelse som i stort styrer forskningen?*

Det forskes nok utvilsomt mest på det som gir kortsiktige økonomiske gevinster. Men det er ikke nødvendigvis negativt, det kan være en gunstig drivkraft. En politisk styrt forskning vil aldri kunne bli noen suksess. Idéer kommer som regel fra enkeltpersoner, men hva enkeltpersoner ønsker å bruke idéen til, har nok endret seg. Ekteparet Curie



la i sin tid fram alle sine metoder og materiale åpent, for «dette måtte deles med menneskeheten». Det er ikke mange forskere av det kaliber i dag, nå er det mer «what's in it for me», og forskningen er blitt institusjonalisert og industrialisert.

UTPOSTEN: *Svindel i forskning. Vi har hatt en stor skandale i norsk kreftforskning i vinter. Er dette et marginalt problem som kan forklares ved «personlige tragedier» og «ekstreme avvik»?*

Nei, etter mitt syn er problemet større og annerledes. Ta medforfatterskap som eksempel. Hver dag brytes de internasjonale retningslinjene for dette av veldig mange, man blir oppført som medforfatter uten å oppfylle kriteriene, det blir en gjenytelse for tjenester, og mange ser på dette som uviktig. Men det er etter mitt syn en kortslutning. En stor engelsk epidemiolog, Geoffrey Rose, har skrevet viktige ting om de få og de mange. I 1990 publiserte han sammen med Day en artikkel i *British Medical Journal* (1990; 301:1031-4) som het «The population mean predicts the number of deviant individuals» (Befolkningsgjennomsnittet predikerer antallet avvikere), poenget er: De hadde gjort en studie av en rekke biologiske, atferdsmessige og sosiale variabler med betydning for folks helse i en rekke populasjoner i mange land. De fant det mange av oss ville si var ganske selvsagt, men som de da nå empirisk kunne belegge, nemlig at hvis man kjente gjennomsnittet så kunne man si noe om hvor mange som var «ekstremavvikere». Altså, viste du gjennomsnittsblokktrykket i en befolkning, kunne du si hvor mange som var hypertoniikere osv. Dette gjaldt stort sett for alle målte variabler. Og dette bryter jo radikalt med all «vi og de» tenkning. Rose og Day sier: «It is commonly supposed that there is a clear distinction between normality and deviants, whether the attribute is physiological, like blood pressure, behavioural like eating or drinking, or social, like aggression. This view is attractive, because it focuses attention on individuals who clearly have problems and at the same time reassures the majority that they are all right and

not responsible for the deviant minority», og konkluderer: «these findings imply that distribution of health related characteristics move up and down as a whole.

The frequencies of cases can be understood only in the context of a population's characteristic. The population thus carries a collective responsibility for its own health and well-being, including that of its deviants.»

Slik er det vel kanskje også i forskerpopulasjonen. Det virkelige livet er en gråtoneskala som går fra hvitt til svart, og vi er alle enige om hva som er hvitt og hva som er svart, men

På Sunnmøre har vi et uttrykk som sier at «det skal høy moral til for å selge elastikk på meter», og slik er det også i forskningen.



de aller fleste av oss tilbringer vårt liv et eller annet sted i mellom. Da har vi to strategier, enten går vi løs på de få svarte, eller så tar vi for oss hele populasjonen. Generelt betyr litt endring hos de mange mer enn stor endring hos de få. I forskningsetikken blir min tese da at større etisk bevissthet i forskning som sådan ville redusere antall svindelaffærer. En strengere holdning mot å la være å publisere funn, det å være tydeligere på å overholde regler for forfatterskap, det å være nøyer på å innhente samtykke osv. – hvis vi kunne bli noe mer strenge og mindre «elastiske» på slike felter ville det også ha noe å si for de store svindelaffærene. På Sunnmøre har vi et uttrykk som sier at «det skal høy moral til for å selge elastikk på meter», og slik er det også i forskningen. Mye tyder på at det er et økende antall svindelaffærer, og kanskje har det noe med

den allmenne moral i forskermiljøet å gjøre. Vi har et kollektivt ansvar for kulturen.

UTPOSTEN: *Tidsskriftene er formidlerne av forskningsresultatene. Hvordan er det med deres uavhengighet?*

Jeg tror på et maktfordelingsprinsipp. Ingen er helt uavhengige og nøytrale, alle har sine interesser; det offentlige, legemiddelindustrien, fagforeningene. Derfor trenger vi et mangfold og dette er min begrunnelse for fortsatt å tro på et pluralistisk samfunn. Alternativet er verre. Peer-review systemene er ikke feilfrie, men de er det beste vi har. Jeg kjenner det internasjonale tidsskriftmiljøet gjennom 20 år, og etter mitt syn er miljøet svært opptatt av redelighet og



ærlighet i forskning og formidling, men ren svindel kan man ikke gardere seg mot. Tidsskriftene er ikke gode nok til å oppdage fusk, og når Lancet blir lurt, kan «alle» bli lurt. Tidsskriftene lever jo heller ikke i et vakuum, ingen er helt uavhengige. Men er Elsevier, som er en økonomisk publisher og utgir Lancet, mindre å stole på enn legeföreningenes tidsskrifter? Etter mitt syn, nei. Det som bekymrer meg mest er at der vi i den senere tid har hatt de største trusler mot ytringsfriheten, er i medlemstidsskrifter. I år har redaktørene av det canadiske og det islandske tidsskriftet blitt sparket av sine eiere, de nasjonale legeföreningene, fordi de har trykt ting som den nasjonale legeföreningen har vært uenig i skulle trykkes. Redaktøren av JAMA, den amerikanske legeföreningens tidsskrift, fikk sparken i 1999 av samme årsak. Etter slike episoder kan man begynne å lure på om den medisinske presse er fri og uavhengig. Dette er det synlige, jeg vet mer om folk som har følt seg presset til å gå fra sine stillinger der det ikke har vært offentlig kjent. Når redaktører i slike tidsskrifter går av uten at det er åpenbart at de går over i noe annet, kan man gå ut fra at det noe «rart».

Når redaktører i slike tidsskrifter går av uten at det er åpenbart at de går over i noe annet, kan man gå ut fra at det er noe «rart».

UTPOSTEN: Fins det plass for forskningsgjennombrudd i dag som virkelig kan føre til paradigmeskifter? Kan vi tenke oss en Semmelweis i dag?

Ja, jeg syns antibiotikabehandlingen mot magesår er et godt eksempel på at dette er mulig. Australierne som sto bak dette ble jo også først utledet på 1980-tallet, og fikk Nobelprisen først i fjor. Det viser at det er mulig, men man må være utholdende, og man er ikke sterkest alene, man må

bygge allianser. For øvrig kan det av og til være behov for å minne om at det å stå alene ikke er noe bevis på at man har rett. Som regel er det jo motsatt.

Det har en voldsom pris å stå opp og være en Semmelweis. Men det er mulig, og det er jo voldsomt mye som ikke er «oppfunnet» enda, og det ville jo vært artig å sittet om 50 eller 100 år og sett tilbake på hvor lite vi har forstått i dag. Det kan være veldig lett å tro at man har nådd enden på en utvikling, men det har man jo selvfølgelig aldri.

UTPOSTEN: Helsebiblioteket og Kunnskapssenteret er plassert i linje under Sosial- og helsedirektoratet. Er det ikke en fare ved å sitte så nær «makta»?

Jo, det er helt sikkert riktig, i hvert fall i teorien. Men derfor er det også laget systemer for å sikre den faglige uavhengighet, akkurat som for universitetene. Manglende frihet til å tenke og tale er for øvrig av de ting som uroer meg for tiden. Det er ikke mange posisjoner i samfunnet der man har reell ytringsfrihet lenger. Ansatte i kommuner og helseforetak har begrenset ytringsfrihet. I helsesektoren er det nesten bare i akademiske stillinger du kan ytre deg fritt. Derfor tar jeg på meg professorhatten når jeg uttaler meg, det er den eneste posisjonen der jeg kan uttale meg fritt, der har jeg en rett til å mene det jeg vil. Det at Kunnskapssenteret nå fysisk har flyttet ut av direktoratet, tror jeg er gunstig. Det avgjørende for Helsebiblioteket er at vi har vedtekter som sier at vi har et eget redaksjonelt ansvar for det vi bringer videre. Det er derfor vi bruker redaktøranalogien. Vi vil ikke

sensurere – tvert imot. Alle vet at det for eksempel finnes ulike retningslinjer for behandling av hyperkolesterolemi fra NSAM og kardiologene, vi vil legge fram begge, ansvaret ligger på sluttbrukeren. Vår oppgave er å gi klinikerne best mulige forutsetninger for å ta sine valg.

UTPOSTEN: Hvem skal vokte forskningens frihet? Fins det «noe» – en test – som kan skille ut den vesentlige forskningen fra den uvesentlige, det «sanne» fra det «falske»?

Nei, ikke her og nå. Men vi må kjempe for ytringsfriheten og forskningens åpenhet og frihet. I det lange løp et det «tidens tann» som viser hva som holder vann og hva som ikke gjør det. Jeg har fått et avslappet forhold til å skulle ha rett i enhver diskusjon. Det er viktig at akademiet er fritt fra det politiske system, og jeg er glad for å kunne uttale meg som akademiker og ikke skulle være enig med den til enhver tid sittende helseminister. Vi har to reservater for den frie ytring i vår tid, det er akademiet og det er pressen, dem skal vi verne om. I det lange løp vil de bedre argumenter vinne fram – «time will show».

ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.



Evidensbasert medisin og den allmennmedisinske intuisjon – eller om å finne nåla i høystakken

AV IVAR SKEIE

Finnes det en «medisinsk intuisjon»? I så fall, hva innebærer den? Hvordan skiller den seg fra latskap og lettvinhet? Og hvilke konsekvenser bør statistisk sannsynlighet på gruppenivå få for behandlingen av den enkelte pasient?

Hilda Stokke er en 77 år gammel kvinne, pensjonert lærer. Hun bor sammen med mannen som også har vært lærer, og mannens bror er lege og har flere legebarn. Jeg har kjent fru Stokke i mange år. Hun hadde i 55 års-alderen et lite hjerneslag, men kom seg fint uten større sequele og kom tilbake i jobb. Hun har en hypertensjon som er vanskelig å behandle, hun har vært til vurdering hos hjertespesialist, og er satt på flere blodtrykksenkende medikamenter. Mentalt er hun frisk, og hun er sosialt aktiv.

På en rutinekontroll oppdager jeg at hun har fått atrieflimmer. Frekvensen er rolig og hun har selv ikke merket noe galt og er ikke plaget av dette. Jeg informerer henne om dette og om mulig behandling med warfarin for å forebygge hjerneemboli. Hun synes imidlertid at hun allerede bruker mye medisiner og er ikke så lysten på flere, og særlig ikke da de også kan ha alvorlige bivirkninger. Pga. hennes hypertensjon som vi ikke klarer å få ned (ca. 190/105) er jeg også skeptisk til antikoagulasjon pga. faren for hjerneblødning. Vi lar det stå litt åpent, hun kommer tilbake etter et par uker, og har stadig flimmer. Hun har også drøftet med mannen og svogeren, og er ikke spesielt lysten på antikoagulasjon eller annen videre behandling. Hun har ikke nye subjektive plager. Etter en samlet vurdering (risiko for hjerneemboli eller hjerneblødning og pasientens relative motstand mot ytterligere medisiner) bestemmer jeg meg for ikke å behandle hennes flimmer selv om hun etter «retningslinjene» burde vært satt på warfarin og jeg journalfører min vurdering og beslutning.



Ivar Skeie

fastlege Gjøvik, medredaktør i Utposten

Så går det et par måneder og Hilda får hjerneslag. CT viser at det er en blødning og ikke en emboli. Hematomet er stort, hun har en del nevrologiske utfall, men hun overlever, og kommer seg etter hvert slik at hun kan flytte hjem til mannen. Hun lærer å gå igjen og bevarer taleevnen. Hun lever i ytterligere 11 år i egen leilighet og overlever mannen med to år. Hadde jeg satt henne på warfarin, ville blødningen etter all sannsynlighet vært dødelig.

De fleste pasienter på Hildas alder med atrieflimmer gir jeg warfarin i tråd med retningslinjer basert på evidensbasert medisin (EBM). Hvorfor ikke Hilda? Hadde jeg (og hun!) bare blind flaks (1) – «unntaket som bekrefter regelen» – eller var det noe «annet», noe «mer»? Kan det ha hatt noe med «intuisjon» hos meg (eller kanskje også hos pasienten og familien) å gjøre?

Allmennmedisinsk intuisjon?

Fins det noe slikt? I dagligtale forstås gjerne intuisjon som en evne til direkte eller umiddelbar innsikt eller erkjennelse, som går utenom vanlige rasjonelle måter å tenke seg fram til en slutning på. Tradisjonelt er en slik evne gjerne tillagt «genier» eller kunstnere, eller personer med spesielle kontakter til det guddommelige eller «overnaturlige», en

form for «magisk» erkjennelse. Det er ikke i en slik betydning jeg her bruker begrepet.

Jeg tenker i stedet på en form for kunnskap som erfarne utøvere av et fag gjennom årelang praksis kan tilegne seg. I skogsbygda der jeg var lege i mange år, var det en gammel arbeidskar som hadde ry på seg for å være uovertruffen til å kløyve stein med slegge. Etter at andre forgieves hadde slitt med steinen i det vide og breie, kunne han stå ei stund å vurdere den, for så å gi den ett slag på rett sted som gjorde at den delte seg i to eller flere deler. Det var neppe noen «overnaturlig» årsak til dette, men en evne han gjennom åra hadde opparbeidet gjennom sammensmelting av læring fra erfarne arbeidskamerater, en god porsjon talent og egen erfaring.

Slik er det i alle fag, «erfaring gjør mester», både i håndverk og akademiske fag. I medisinen, og ikke minst i allmennmedisinen, er denne syntesen av den beste boklige lærdom (bl.a. EBM), læring av kollegaer og egen erfaring like viktig for å utvikle det gode kliniske skjønn som for steinhoggeren. Det er denne «sammensmeltede» kliniske kunnskapen og erfaringen jeg her kaller den allmennmedisinske intuisjon. Og det ligger vel lite sensasjonelt i å påpeke dette.

Denne kunnskapen kan være «intuitiv» i den forstand at man ikke nødvendigvis går gjennom alle de praktiske og intellektuelle trinn i prosessen fra å møte et klinisk problem til å bestemme seg for hva man skal gjøre. Den erfarne klinikerer opparbeider en «teft», en evne til å «finne nåla i høystakken», og det kan være vanskelig å beskrive detaljert de beslutningsmessige snarveier hun bruker. Men de er neppe «overnaturlige», de bygger tvert om på denne «sammensmeltede» kliniske kunnskapen. Men hun går ofte ganske direkte på. Da jeg skrev min første indremedisinske studentjournal, brukte jeg fire timer inkludert egen maskinskrivning. Når jeg i dag fatter kliniske beslutninger, går det ganske mye fortore. Og det skulle jo bare mangle, ikke noe magisk i det.

Kjerraten i Moelv – mai 2006.



FOTO: IVAR SKJELV

Konflikt mellom EBM og «intuisjonen»?

Så langt vil nok de fleste være enige. Og i de fleste tilfeller vil EBM og den intuitive oppfatningen av hva man bør gjøre stemme overens. Men ikke alltid. Hilda Stokke skulle etter retningslinjene hatt warfarin, men fikk det ikke. Min vurdering av hennes hypertensjon og at hun helst ikke ville ha mer medisiner, førte til at jeg ikke la «press og autoritet» bak et forsøk på å gi henne behandling etter rådende retningslinjer, men støttet hennes valg om å takke nei.

Epidemiologiske studier sier oss noe om effekten av ulike behandlingsstrategier på gruppenivå. Som gruppe har eldre over 65 år med atrieflimmer nytte av warfarinbehandling, fordelene er større enn ulempene, gevinsten større enn skadevirkningene. Dette bygger på studier med mange, mange deltakere. Men disse studiene sier ikke automatisk hvilken effekt denne behandlingen vil ha for den enkelte pasient. Noen vil få alvorlige blødninger og dø av det, men på gruppenivå vil disse være færre enn dem som får hjerneemboli og eventuelt dør av den. Derfor er warfarin anbefalt.

Men kan det være forhold som slike store epidemiologiske studier og metaanalyser ikke klarer å avdekke? Slike studier sier noe om sannsynligheten for ulike utfall i en definert populasjon. Kan det være at mindre deler av denne store pasientgruppen (populasjonen) ikke vil ha nytte av eller tvert om ta skade av behandlingen, fordi særegne kjennetegn ved denne delen av populasjonen ikke er tatt hensyn til i studiene (f. eks. som her at de har et blodtrykk over et visst nivå)? Kan det være at Hilda Stokke tilhørte en slik gruppe, men at dagens EBM (eller snarere den oppsummerte kunnskap for over ti år siden da hun fikk sin hjerneblødning) ikke har fanget opp denne «nyansen»? Eller er det slik at 100 pasienter som Hilda Stokke, med sin hypertensjon, som gruppe ville hatt mindre samlet dødsrisiko med enn uten warfarin, men at denne gruppeeffekten ikke slo ut for henne, som fikk blødning og ikke emboli?

Det medisinske landskapet er sammensatt

Det medisinske landskapet i samfunn som vårt er sammensatt. For det første har vi den «reine» medisinen som vi lærte om på doktorskolen, de veldefinerte somatiske organ-sykdommene og den veldefinerte psykiatrien. For det andre den mer diffuse «livsproblems-medisinen» der pasienten søker legens hjelp for problemer som har sitt utspring i «vanskelige liv» som gir mentale og kroppslige plager som ofte ikke er godt beskrevet i den klassiske medisinske litteraturen. Og som en tredje – og stadig større del – har vi «risikomedisinen» som forholder seg til pasientene som risikanter for framtidig sykdom. Når det gjelder den klassiske medisinen og risikomedisinen, kan EBM si mye om sannsynligheter for ulike utfall ved ulike intervensjoner.

Hvorvidt det er i pasientens interesse å følge alle retningslinjer for behandling, er imidlertid et helt annet spørsmål (2, 3).

«Livsproblems-medisinen» er ofte vanskelig tilgjengelig for forskning etter tradisjonelle kvantitative forskningsdesign. Dette har sammenheng med problemenes kompleksitet og grad av «innveving» i pasientens nære og totale samfunnsmessige livsbetingelser. De egner seg derfor ofte best til kvalitative tilnærminger. Og EBM har ofte lite å bidra med til konkrete vurderinger av tiltak i denne delen av det medisinske landskapet. Men som leger – og særlig allmennleger – møter vi hver dag disse pasientene og disse problemene, og vi må fatte våre beslutninger. Er problemet som presenteres «sykdom»? Viktigere enn å svare ja eller nei på dette, er kanskje det faktum at problemet er viktig for pasienten og forstyrrer hans personlige og sosiale fungeringsevne, og at han kommer til legen med det. Hva slags diagnose skal brukes? Gir det grunnlag for ytelser fra Folketrygden som sykepenger? Fins det medisinsk behandling for dette utover å lytte til pasienten og kanskje gi noen råd? Osv. – osv.

EBM kan ikke gi svar på alt

Etter mitt syn er det altså ikke alle spørsmål EBM kan gi svar på. Dels kan dette skyldes at det ikke finnes relevant forskning, særlig innenfor de delene av faget som faller utenfor den veldefinerte klassiske medisinen. Men det kan også skyldes at EBM-analysene på gruppenivå ikke fanger opp særegne trekk ved deler av totalpopulasjonen som gjør at denne delen ikke reagerer på behandlingen på samme måte som gjennomsnittet av totalpopulasjonen. Dette var kanskje tilfellet for Hilda Stokke? Videre kan vi ikke si noe automatisk om effekten av et tiltak for et enkelt individ ut fra sannsynligheten på populasjonsnivå, bare om sannsynligheter. Et fjerde viktig moment er manglende publisering av studier med «negativt» utfall der man ikke finner den forventede effekt av en medikamentell behandling, ofte finansiert av instanser med kommersielle interesser i behandlingen, særlig legemiddelindustrien. Et femte poeng er at det alltid vil være en tidsforsinkelse i utarbeiding av EBM-gjennomganger og metaanalyser, og at disse derfor ikke vil fange opp de nyeste ting i fagfeltet. Dette gjør at det dels ikke finnes svar på mange spørsmål innen EBM og dels at disse svarene – som alle andre – må vurderes med sunn skepsis. (4)

Etter mitt syn er all kunnskap en gjenspeiling – fra en eller annen synsvinkel – av den virkelige verden slik den oppfattes gjennom menneskelig erfaring (5). Moderne vitenskap er en særegen form for kunnskapsproduksjon som bygger på en logisk og rasjonell metode, og som slik kvalitetssikrer



Øvelse gjør mester – også i gehørspill. FOTO: ELISABETH SWENSEN

kunnskapen for å skille den fra «synsing». Innen medisinen har EBM utvilsomt vært et skritt videre ved å sammenfatte tilgjengelig vitenskapelig kunnskap. Etter mitt syn innebærer dette imidlertid ikke at alt som ikke er dokumentert via EBM «ikke er sant».

Kan intuisjonen erstatte prosedyrer og retningslinjer?

Det er ikke min mening at «intuisjon» kan erstatte den systematiske og grundige tilnærming til kliniske problemer. Det er derfor viktig å drøfte grensdragningen mellom intuisjon slik jeg her bruker begrepet, og slurv og latskap, og overdreven skepsis mot retningslinjer og «kokebok-medisin».

Slurv og latskap kan forekomme i utøvelsen av det medisinske faget på samme måte som i andre fag. Den «late» konkluderer uten å ha et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag, går snarveier uten å vurdere alternative veivalg. Den «late» som «slurver» står derfor i fare for å gjøre alvorlige feil, og hans snarveier har lite med «å finne nåla i høystakken» å gjøre. «Sjarlatanen» går et skritt videre, han gir inntrykk av suveren fagbeherskelse, han «vet bedre» enn alle andre og kan heve seg over retningslinjer og hva andre måte mene, som oftest uten solid fotfeste. Bak «sjarlatanfasaden» finner man som oftest usikkerhet og mindreverdigfølelse.

Enkelte kritiserer EBM-baserte retningslinjer og prosedyrer for å undergrave legens frihet til å forme sin egen fagutøvelse og for å redusere medisinen til et kokebokfag,



Hvor leder sporet – Svalbard april 2006.
foto: jo skeie hermansen

i motsetningen til den frie «legekunst». En slik kritikk er jeg ikke enig i. EBM og kvalitetssikrede retningslinjer bygd på den tilgjengelige kunnskap er utvilsomt et framsteg i forhold til rent autoritetsbaserte råd om hva som er god medisin. Og når klinikerer utøver sitt skjønn, bør det skje med denne kunnskapen som bakteppe, og når han konkluderer med at han vil avvike fra retningslinjene i en gitt klinisk situasjon, bør dette valget være eksplisitt og journalføres med begrunnelse. Man må altså forholde seg til den oppsumerte kunnskap, og eventuelt bevisst avvike fra den, ikke «synse fritt» som om denne kunnskapen ikke fantes. En slik «fri syning» er etter mitt syn noe annet enn «godt klinisk skjønn», og faller utenfor det jeg her kaller legens intuisjon.

Det er vanskelig å vite om bevisste og begrunnede avvik fra retningslinjer basert på intuisjon i det store og hele fører til bedre behandling. Kanskje er det slik at legene – naturlig nok – lettere husker de gangene det går bra (som for Hilda Stokke) – enn de gangene det går mindre bra. Men det er kanskje likevel – i alle fall noen ganger – noe mer enn «rein flaks»?

Intuisjon har heller ikke bare med å avvike fra retningslinjer å gjøre. En annen side ved intuisjonen er evnen hos den erfarne kliniker til å «ane» at det er noe spesielt i en gitt klinisk situasjon selv om det er sparsomt med håndfaste funn. Eksempler på det kan være å fange opp alvorlige infeksjoner i et tidlig stadium, eller å gripe fatt i den ene pasienten med ukarakteristiske brystmerter der du «værer» at det ligger andre ting enn angst og myalgier bak.

«Intuisjonen» der N=1

Det virkelige livet for det enkelte menneske er en studie og et drama der N=1. Kjernen i den kliniske medisin – og ikke minst i allmennmedisinen – er møtet mellom pasienten og behandleren. Når legen fatter sin beslutning om behandling, bygger hun sin vurdering på flere kilder.

Det kan her være fruktbart å trekke inn begrepet intuitiv kompetanse (6, 7) hos legen. Denne bygger på tre forutsetninger. For det første på iboende egenskaper hos legen som personlige kvaliteter, talent, evner, kall det gjerne musikalitet som en metafor. For det andre øvelse, det å lære seg faget, «håndverket», og opparbeide seg klinisk erfaring, som å lære å spille et instrument. For det tredje evne til å utføre – kraft, mot, fysisk og mental gjennomføringsevne, som når en musiker møter sitt publikum. Legens intuisjon, evne til å treffe de riktige valg i en gitt klinisk situasjon, bygger på disse forutsetningene og ligger nær opp til det noen vil kalle «legekunst». Det er en sum av iboende og lærte ferdigheter og kjennskap til den enkelte pasienten og dennes livsbetingelser. Og den står på ingen måte i motsetning til en rasjonell og vitenskapelig tilnærming til medisinifaget.

Referanser

1. Ståle Fredriksen: Tyskernes plan, Utposten nr. 8/2005.
2. Irene Hetlevik: Signe Skred – prioritert opp eller ned (Nidarosforedraget 2005), Utposten nr. 7/2005
3. Irene Hetlevik: Dobbelttimen, Utposten nr. 1/2006
4. Ivar Sønbo Kristiansen and Gavin Mooney: Evidence Based Medicine – In its place, Routledge 2004, ISBN 0-415-28321-3
5. Ivar Skeie: Rasjonalitet, magi og moral, Utposten nr. 8/2005
6. Elisabeth Swensen: Nasse Nøff og dr. Brumm, Utposten nr. 3 – 2005
7. Elisabeth Swensen: «Når angsten eter sjelen» (foredrag ved 80-årsjubileet for Kvinneklubben i Bergen, Ullensvang 1. april 2006)

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

Signe Skred:

Hva har hun å vinne ved forebyggende statinbehandling?



AV PEDER A. HALVORSEN OG IRENE HETLEVİK



Peder A. Halvorsen

Cand. med. 1995, Universitetet i Tromsø. Kommunelege i Alta 1997–2001. Fastlege for 750 pasienter ved Nordlys legesenter i Alta fra 2001. Spesialist allmennmedisin 2004. Ph.d.-student ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense fra juni 2005. Tilknyttet forskergruppen ved Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin, Universitetet i Tromsø, fra 2006.



Irene Hetlevik

Førsteamanuensis i allmennmedisin ved NTNU og fastlege ved Ranheim legesenter.

Det kan vi ikke vite med sikkerhet. Signe Skred, 72 år, er risikant. Mange har tidligere stiftet bekjentskap med henne på Nidaroskongressen 2005 eller i Utposten (1). Hun har medikamentelt behandlet hypertensjon, diabetes, hyperlipidemi og tidligere beinbrudd. Signe Skred har også andre helseproblemer. Å gi risikohåndteringen passende tid og oppmerksomhet krever sin allmennlege. Hvis hun dør av kreft eller blir overkjørt av toget neste halvår har disse medikamentene og det de genererer av legearbeid tvilsom verdi. På den annen side er hun fortsatt hjertefrisk og har unngått nye brudd. Ville det vært slik uten noen år med forebyggende medikasjon? Det vet vi heller ikke, da dette alternativet ikke lenger er tilgjengelig for observasjon. Gjort er gjort og spist er spist. Forskning kan si oss en del om hvordan det går med pasienter som Signe Skred i sin alminnelighet med og uten medikamenter. Denne gruppebaserte kunnskapen har sine klare begrensninger, men det er nå den vi har. I denne artikkelen omtaler vi hvordan ulike risikotall kan forstås og hvordan pasienter som Signe Skred kan informeres. Statinbehandling er brukt som eksempel.

Hvordan kan vi tenke om risikanter som Signe Skred?

Da Signe Skred var 62 år fikk hun diagnosen diabetes type II. Hennes ubehandlede blodtrykk var 160/90 mmHg og fastende totalkolesterol var 6.2 mmol/l. Hun sluttet å røyke ca ti år før og har ingen forekomst av koronarsykdom i nærmeste familie. Anvender vi fargekartet basert på den amerikanske Framinghamstudien (fig. 1a s. 12), finner vi at av 100 pasienter som har samme måleverdier som henne, vil

mellom 20 og 40 få iskemisk hjertesykdom i løpet av livet. Ti år. Om vi anvender risikokartet SCORE (fig. 1b s. 12), (2) som også inkluderer data fra nordiske epidemiologiske studier, finner vi at tre av disse 100 vil dø av hjerte- eller kar-sykdom i samme periode. Mao. vil 97 av «100 stk Signe Skred» nå 72 års alder, og 60–80 av dem har ikke fått iskemisk hjertesykdom.

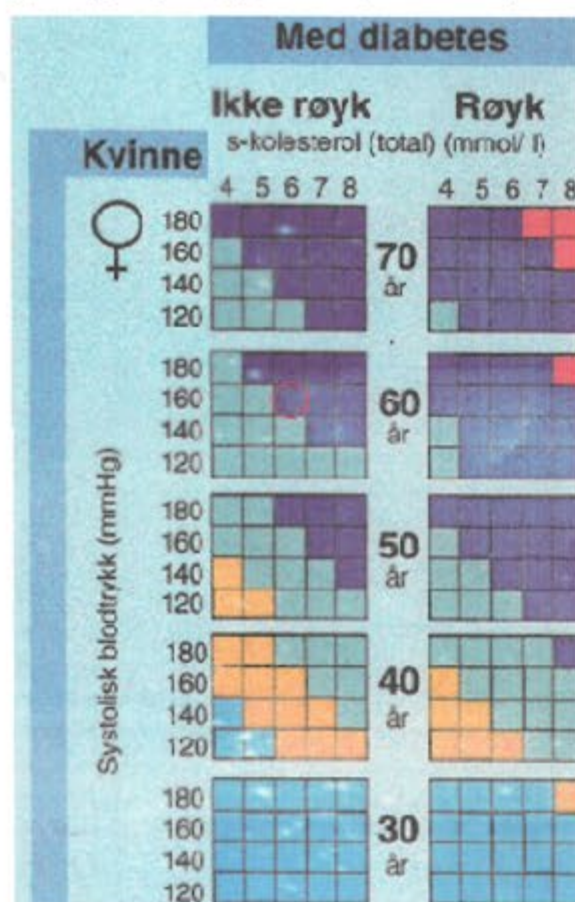
I figur 2 (s. 13) er Signe Skreds risikotall for iskemisk hjertesykdom framstilt i hypotetiske overlevelseskurver. Den nederste kurven viser et tenkt ti års forløp uten intervensjon, og andelen som da har fått iskemisk hjertesykdom er satt til 30 av 100, altså midt i intervallet fra fargekartet. Det tilsvarer at 70 av 100 vil være hjertefriske etter ti år. Den øverste kurven viser et tenkt ti års forløp hvis 100 risikanter som Signe Skred settes på et statin. Da kan vi i beste fall forvente at 80 av 100 fortsatt er hjertefriske. Den vertikale avstanden (differansen) mellom kurvene etter 10 år er tegnet inn med rødt. De mest anvendte mål på medikamenteffekt, relativ risikoreduksjon, absolutt risikoreduksjon og number needed to treat (NNT) er ulike matematiske uttrykk for denne avstanden (se fig. 2 s. 13).

Relativ risikoreduksjon (RRR) er nyttig for å vurdere spørsmål av typen «virker medikamentet?» eller «fjerner medikamentet en vesentlig andel av pasientenes risiko?» enten nå denne er stor eller liten. RRR angir risikoreduksjonen i prosent av Signe Skreds risiko for iskemisk hjertesykdom uten behandling, i dette tilfellet $(30-20)/30 = 33$ prosent. Det er ikke mange primærforebyggende legemidler som gir vesentlig høyere RRR enn dette. Et hederlig unntak er vaksi-

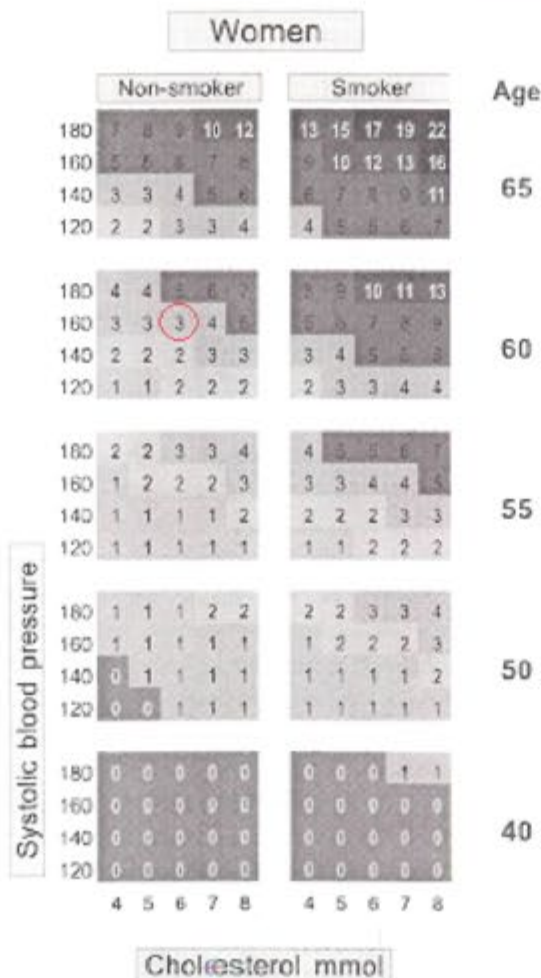
ner. Det ser ut til at statiner og mange typer antihypertensiva gir en noenlunde konstant relativ risikoreduksjon med tanke på hjerte- og karsykdom i størrelsesorden 15–35 prosent (3) uavhengig av hvor stor utgangsriskoen er. Dette kan brukes til å beregne *absolutt risikoreduksjon* (ARR) og *number needed to treat* (NNT) når man kjenner pasientens utgangsrisiko.

Absolutt risikoreduksjon er vesentlig for spørsmål av typen «er denne behandlingen verdt innsatsen?». I Signe Skreds tilfelle blir absolutt risikoreduksjon etter ti års statinbehandling (30 minus 20) av 100, dvs. ti prosent eller 0.1. *Number needed to treat* er simpelthen den inverse verdi av ARR, i dette tilfellet $1/0.1 = 10$. Litt forenklet kan man si at ARR måler antall forebyggede triumfer per 100 risikanter man behandler,

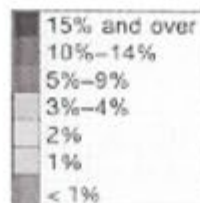
FIGUR 1. Risikovurdering ved primær forebygging av hjerte/karsykdom basert på Framinghamdata (1a) og europeiske/nordiske data (1b). 2 Signe Skreds 10 års risiko for hhv. iskemisk hjertesykdom og fatal hjerte/karsykdom er markert med rød sirkel.



1a



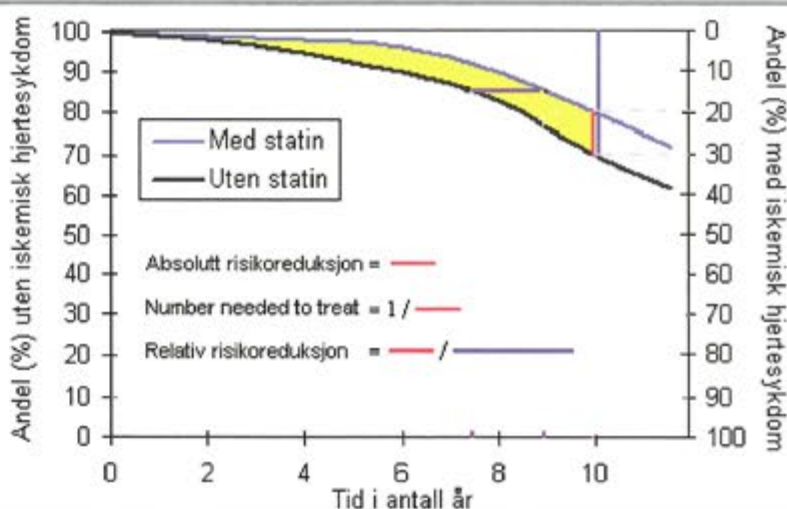
SCORE



10-year risk of fatal CVD in populations at high CVD risk

1b

FIGUR 2. Overlevelseskurver som framstiller ulike aspekter av Signe Skreds risiko for iskemisk hjertesykdom med og uten statinbehandling. Rød vertikal linje: Differansen mellom to andeler med hjertesykdom på et bestemt tidspunkt. Denne kan uttrykkes som absolutt risikoreduksjon, relativ risikoreduksjon eller NNT. Lilla horisontal linje: Differanse mellom to tidspunkter for når en bestemt andel (15 prosent) av hhv. statinbehandlede og ubehandlede risikanter har fått hjertesykdom. Areal mellom kurvene (gult) uttrykker gjennomsnittlig økning i sykdomsfri overlevelse for alle som behandles.

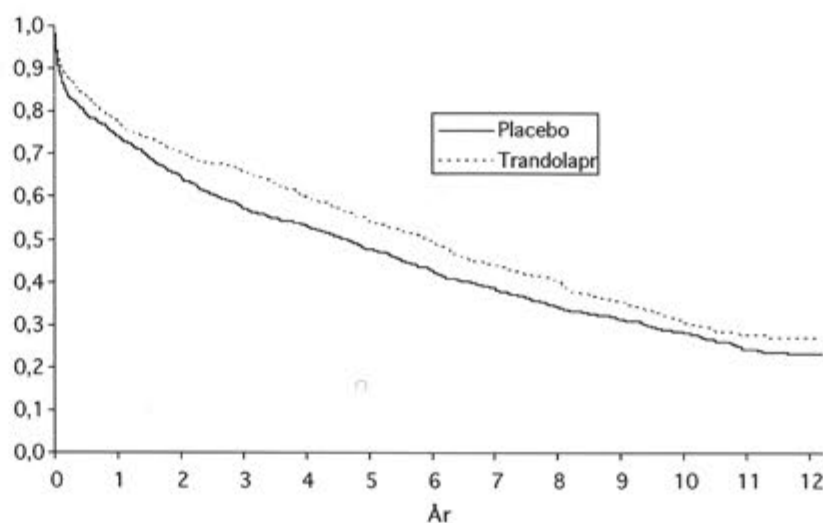


mens NNT måler antall risikanter man behandler per triumf. Når behandlingseffekten framstilles på denne måten, er det nærliggende å oppfatte forebyggelsen som et lotteri der noen få (én av ti?) vinner en stor premie (unngått iskemisk hjertesykdom) mens det store flertallet ikke har nytte av behandlingen. Dette er ikke nødvendigvis riktig, noe vi kommer tilbake til. En mer presis formulering av NNT i dette tilfellet er at «vi må i **gjennomsnitt** behandle ti risikanter som Signe Skred med et statin i ti år for å observere 1 tilfelle mindre av iskemisk hjertesykdom når de ti årene har gått». Av dette kan man ikke slutte seg til hvor mange som har nytte av behandlingen underveis i forløpet. Det vi imidlertid kan se av figur 2, er at 70 av 100 pasienter fortsatt er hjerterfriske etter ti år. Dersom et medikament fjerner all risiko for iskemisk hjertesykdom, dvs. RRR på 100 prosent, kan dette i beste fall komme 30 av 100 risikanter til nytte etter ti års behandling. Absolutt risikoreduksjon kan altså maksimalt bli 30 prosent eller 0,3 og NNT kan ikke bli bedre enn 1/0,3, dvs. omtrent tre. I et tiårsperspektiv er det altså korrekt at flertallet ikke

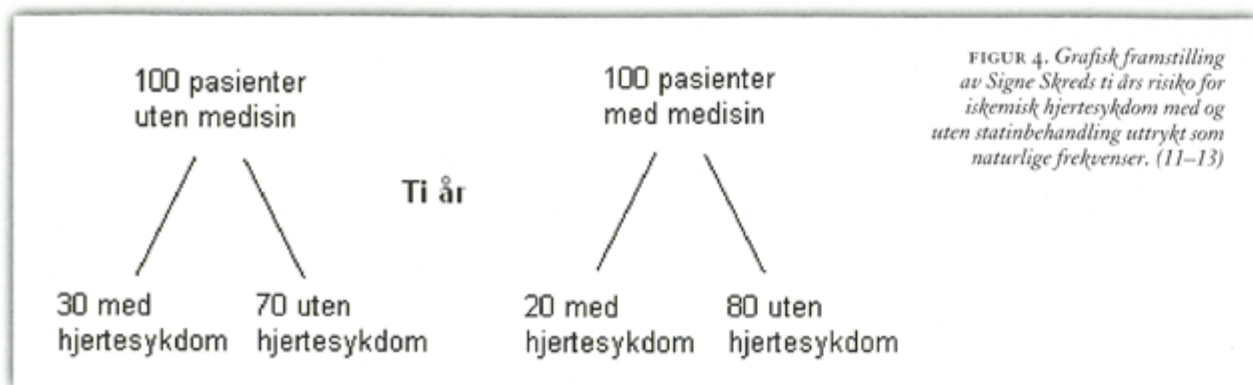
kan ha nytte av behandlingen. I et livstidsperspektiv kan det se noe annerledes ut.

Effektmål som ARR og NNT gir et slags «øyeblikksbilde» av effekten på det tidspunktet vi velger å måle (fig. 2 og 3). Den vertikale avstanden mellom kurvene varierer med tiden, og følgelig vil også ARR og NNT variere. I vårt tilfelle er effekten avlest etter ti år (fig. 2) basert på ekstrapolering av forskningsresultater. I praksis rapporteres disse effektmålene vanligvis ved avslutningen av kliniske studier. Observasjonstiden er da som regel kortere og NNT høyere.

Er NNT på ti bra eller dårlig? Det kommer an på så mangt, bl.a. hva behandlingen koster av tid og penger. En nylig publisert studie basert på mer enn 200 cost-effectiveness-analyser av høyst ulike intervensjoner konkluderte med at NNT fra fem og nedover er forbundet med betydelig helsegevinst, mens NNT over 15 tyder på forholdsvis beskjedne helsegevinster. (4)



FIGUR 3. Overlevelseskurver for pasienter med venstre ventrikkel dysfunksjon etter hjerterinfarkt med og uten hemmeren trandolapril. Basert på data og gjengitt med tillatelse fra Pernille Buch og medarbeidere.



I figur 2 (s. 13) kan man i tillegg til RRR, ARR og NTT interessere seg for den horisontale avstanden mellom kurvene. Avstanden tegnet inn med lilla representerer hvor mye lenger tid det tar før 15 prosent av statinbehandlede risikanter har fått iskemisk hjertesykdom sammenlignet med 15 prosent av de ubehandlede, i dette tilfellet omtrent 1,5 år. Lignende effektmål har lang tradisjon i onkologien, og da oftest som økning i median overlevelse ved ulike typer kreftbehandling. Fra horisontale og vertikale avstander er det nærliggende å gå videre til *arealet* mellom kurvene, markert med gult i figuren. Intuitivt gir dette et mer fullstendig bilde av effekten. Det kan vises at arealet mellom kurvene i figur 2 representerer den *gjennomsnittlige utsettelse* av iskemisk hjertesykdom for alle som behandles med statin i ti år, mao. hvor mye lenger gjennomsnittlige pasienter som Signe Skred holder seg hjerte-friske med et statin sammenlignet med ingen behandling. Konkrete tall for slike utsettelser innen kardiovaskulær profylakse er foreløpig lite tilgjengelige i litteraturen. Slike data framkommer gjennom *overlevelsesanalyser* og er lettest å gjennomføre for intervensjoner med forholdsvis kort tidshorisont. Basert på tall fra 4S studien (5) kan det beregnes at fem års behandling med statiner hos pasienter med etablert koronarsykdom gir en gjennomsnittlig forlenget levetid på ca. tre måneder mens overlevelse uten hjerteinfarkt eller hjerneslag er beregnet til ca to måneder.

Når effekten av statiner presenteres som overlevelsesdata, får man et noe annet inntrykk av gevinsten enn vi fikk med NTT. Det dreier seg kanskje ikke om å forhindre iskemisk hjertesykdom hos noen få, men snarere å utsette tidspunktet for sykdomsdebut og dødsfall for mange av dem som behandles. Antar vi at hjerteinfarkt og hjerneslag er sluttresultat av en langsomt progredierende sykdomsprosess (aterosklerose), virker en «utsettelsesmodell» plausibel. Hvis hjerteinfarkt og hjerneslag kan sammenlignes med lynnedslag som rammer mer eller mindre tilfeldig, er lotterimodellen uttrykt ved NTT mer adekvat. Sannheten ligger kanskje et sted midt i mellom. To måneders utsettelse av hjerteinfarkt/hjerneslag etter fem års statinbehandling virker kanskje ikke spesielt imponerende, men da må vi korrigere for at dette er gjennomsnittstall for alle som behandles. Som vi så i figur 2, er flertallet (70 prosent) av risikantene fortsatt hjerte-friske etter ti år uten behandling. Det gir liten mening å tilskrive den

fortsatt hjerte-friske andelen en behandlingseffekt. Den sykdomsfrie levetidsgevinsten som arealet mellom kurvene representerer kan vi i stedet fordele på de 30 prosent som faktisk ville blitt syke uten behandling. Vi har ikke gjort slike beregninger for figur 2, men basert på 4S studien (5) kan det beregnes at fem års statinbehandling gir ca åtte måneders utsettelse av hjerteinfarkt og/eller hjerneslag hos en av fire som behandles, mens tre av fire ikke har hatt nytte av behandlingen *ennå* fordi de ville overlevd fem år uten hjerneslag eller hjerteinfarkt uansett. Figur 3 framstiller overlevelseskurver for pasienter med venstre ventrikkeldysfunksjon etter hjerteinfarkt med og uten ACE-hemmeren trandolapril. (6) Her er flertallet av ubehandlede pasienter døde etter 12 år. Det virker plausibelt at de fleste har effekt av ACE-hemmeren i form av moderat forlenget levetid (i tillegg til at behandlingen trolig også lindrer plagsomme symptomer). Her er det neppe snakk store levetidsgevinster for noen få. Hvis vi betrakter risikanter som Signe Skred i et livstidsperspektiv istedenfor et tiårsperspektiv, er det ikke utenkelig at overlevelseskurvene kan komme til å ligne mer på figur 3.

Hvordan kan vi informere risikanter som Signe Skred om behandlingseffekter?

Forskningsbasert kunnskap om dette er mer begrenset enn kunnskap om behandlingseffektene som sådan. Hensikten med god pasientinformasjon om medikamenteffekt er bl.a. å gi pasienten et bedre grunnlag for å medvirke ved beslutninger, i dette tilfellet for eller mot forebyggende medikasjon. Dette er komplekse beslutninger hvor langt flere premisser enn selve medikamenteffekten inngår. Det kan for eksempel dreie seg om bivirkninger, kostnader eller legens holdning for å nevne noe. Det vi har av empirisk kunnskap tyder på at folk flest har betydelige vansker med å forstå medikamenteffekter hva enten de uttrykkes som relativ risikoreduksjon, absolutt risikoreduksjon eller NTT (7). Dette gir seg utslag i at de langt på vei ser bort fra medikamenteffektens størrelse og legger hovedvekten på andre premisser. En spørreundersøkelse viste for eksempel at andelen av respondenter som ville takket ja til forebyggende medikasjon var praktisk talt upåvirket av størrelsen på NTT, mens kostnader og sykdommen som skulle forebygges (bl.a. hjerteinfarkt, hjerneslag eller lårhalsbrudd) var utslagsgivende. (8) En enkelt studie antyder at det forholder seg annerledes når behandlingseffekten uttrykkes som utsettelse av uøns-

skede hendelser; (9) andelen som ville takket ja til forebyggende medisin økte med varigheten av utsettelsen. Hvorvidt dette funnet er reproducerbart gjenstår å se, men hvis det holder, kan det få betydning for hva slags effektinformasjon leger bør etterspørre fra forebyggende medikamentstudier.

Forskning på hvordan folk flest (eller leger for den saks skyld) fatter beslutninger under usikkerhet har lengst tradisjon innen kognitiv psykologi. Fenomenet som er beskrevet ovenfor, at folk velger bort informasjon de ikke helt forstår og fatter beslutninger på annet grunnlag, er velkjent fra dette fagfeltet. Et annet viktig funn er at folks generelle tallforståelse er begrenset, selv i forholdsvis høyt utdannede grupper av befolkningen (10). Mange har vansker med å forstå sannsynligheter når de uttrykkes som prosenter. Hva betyr det for eksempel når meteorologen sier at sannsynligheten for regnvær i morgen er 30 prosent? Gigerenzer har vist at folk fortolker dette utsagnet på mange forskjellige måter; for eksempel at det vil regne 30 prosent av tiden eller at det vil regne i 30 prosent av det geografiske området som værmeldingen gjelder for (11). Tenk et øyeblikk over hvordan du selv tolker utsagnet «risikoen for seksuelle bivirkninger ved bruk av et SSRI preparat er 50 prosent». En psykiater oppdaget at pasientene oppfattet utsagnet slik at det ville bli problemer i sexlivet annen hver gang (12).

Det sentrale spørsmålet i eksemplene ovenfor er altså hva tallstørrelsene 30 prosent og 50 prosent refererer til. Gigerenzer og andre har vist at folks forståelse av sannsynligheter forbedres når man eksplisitt angir referanseklassen (11;13). I væreksempelet vil dette se slik ut: «30 av 100 ganger når de meteorologiske forhold er som nå vil det regne i morgen». I SSRI-eksempelet kan potensielle brukere informeres om at 50 av 100 pasienter som bruker medikamentet opplever seksuelle problemer i større eller mindre grad. Risiko eller sannsynlighet uttrykt på denne måten kalles naturlige frekvenser, (12;13) og er kanskje det risikoformatet som har best dokumentasjon på at folk flest forstår det sånn noenlunde. Professor Hanne Hollnagel i Danmark var tidlig ute med å anvende naturlige frekvenser i pasientinformasjon om kardiovaskulær risiko (14). Signe Skred ville fått omtrent følgende informasjon: «Hvis vi følger 100 pasienter som deg, dvs. diabetikere som ikke røyker, og har samme kolesterolverdi og blodtrykk som deg, i ti år, vil 30 pasienter få hjertesykdom, mens 70 fortsatt er hjertefriske. Jeg vet ikke hvilken gruppe du tilhører. Hvis 100 pasienter som deg bruker et statin i ti år, vil 20 pasienter få hjertesykdom mens 80 fortsatt holder seg hjertefriske. Igjen kan jeg ikke vite hvilken gruppe du vil tilhøre». Hanne Hollnagels metode kan forholdsvis enkelt innpasses i allmennpraksis ved bruk av risikokart eller kalkulator og kjennskap til ulike intervensjoners relative risikoreduksjoner. En skematisk framstilling av den samme informasjonen er vist i figur 4. Slike framstillinger kan lages

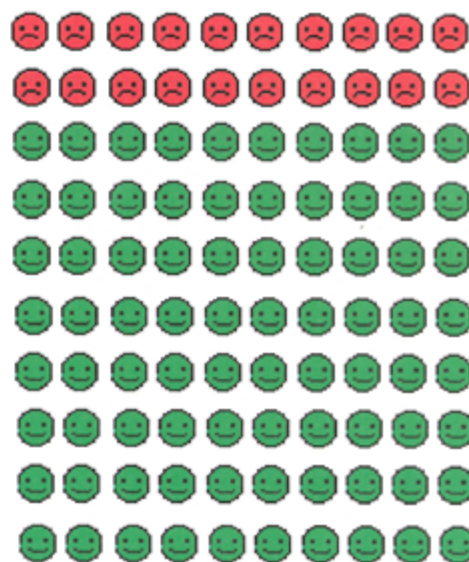
på få sekunder i konsultasjonen. En mer elegant framstillingsmetode som fortsatt er under utforskning er såkalte pictogrammer (fig. 5). Skal dette være brukbart i allmennpraksis, vil det kreve hensiktsmessig dataverktøy.

Avslutning

Dette var tallenes tale. Ønsker våre pasienter slik informasjon? Enkelte undersøkelser antyder det (15). I vår tid verdsettes prinsippene om pasientautonomi og «shared decision making» høyt. Begge deler forutsetter god pasientinformasjon. Imidlertid har vi, og flere med oss, (16) erfart at mange pasienter er minst like opptatt av *hva legen mener*. I en me-



Andel hjertesykke uten medisin



Andel hjertesykke med medisin

FIGUR 5. Signe Skreds ti års risiko for iskemisk hjertesykdom med og uten statinbehandling framstilt som pictogram.

get leseverdig artikkel beskriver Richard Gwyn og medarbeidere en konsultasjon der lege og pasient snakker forbi hverandre fordi legen er opptatt av å informere mens pasienten er på jakt etter et klart råd: «Let's have your honest opinion now, doctor!» (17). Hva slags fundament bør legens meninger og råd i tilfelle hvile på?

Et annet vesentlig spørsmål er om risikodiagnostikk og behandling fortrenger andre viktige legeoppgaver; god risikohåndtering er tidkrevende. Signe Skred er ikke først og fremst risikant. Til daglig lider hun av kroniske smerter og andre ubestemte plager. Lidelsen har sine røtter i traumatiske krigsopplevelser. Blir det tilstrekkelig rom for disse problemstillingene i vår kliniske praksis? Har den enkelte allmennlege eventuelt handlingsrom til å gjøre sine egne prioriteringer? I kronikken «Eg ønskjer meg 1000 nye fastlegar til jul» går Steinar Hunskaar langt i å svare nei på dette spørsmålet. (18) Det er mulig at han har rett. Uansett blir diskusjonen om intervensjonsgrenser og behandlingsmål slik de nedfelles i ulike retningslinjer uhyre viktig. Allmennleger kan bidra til at disse spørsmålene belyses nedenfra.

Referanser

1. Hetlevik I. Signe Skred - prioritert opp eller ned? *Utposten* 2005;(7):15-23.
2. Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J* 2003; 24(11):987-1003.
3. van Buuren S, Boshuizen HC, Reijneveld SA. Toward Targeted Hypertension Screening Guidelines. *Med Decis Making* 2006; 26(2):145-153.
4. Chong CAKY, Tomlinson G, Chodirker L, Figdor N, Uster M, Naglie G et al. An unadjusted NNT was a moderately good predictor of health benefit. *Journal of Clinical Epidemiology* 2006; 59(3):224-233.
5. van Hout BA, Simoons ML. Cost-effectiveness of HMG coenzyme reductase inhibitors; whom to treat? *Eur Heart J* 2001; 22(9):751-761.
6. Buch P, Rasmussen S, Abildstrom SZ, Kober L, Carlsen J, Torp-Pedersen C et al. The long-term impact of the angiotensin-converting enzyme inhibitor trandolapril on mortality and hospital admissions in patients with left ventricular dysfunction after a myocardial infarction: follow-up to 12 years. *Eur Heart J* 2005; 26(2):145-152.
7. Sheridan SL, Pignone MP, Lewis C.L. A Randomized Comparison of Patients' Understanding of Number Needed to Treat and Other Common Risk Reduction Formats. *J Gen Intern Med* 2003; 18:884-892.
8. Halvorsen PA, Kristiansen IS. Decisions on drug therapies by numbers needed to treat - A randomized trial. *Archives of Internal Medicine* 2005; 165(10):1140-1146.
9. Christensen PM, Broesen K, Brixen K, Andersen M, Kristiansen IS. A Randomised Trial of Laypersons' Perception of the Benefit From Osteoporosis Therapy: Number Needed to Treat Versus Postponement of Hip Fracture. *Clin Ther* 2003; 25(10):2575-2585.
10. Sheridan SL, Pignone M. Numeracy and the medical student's ability to interpret data. *Eff Clin Pract* 2002; 5(1):35-40.
11. Gigerenzer G, Hertwig R, van den Broeck E, Fasolo B, Katsikopoulos KV. «A 30% Chance of Rain Tomorrow»: How Does the Public Understand Probabilistic Weather forecasts? *Risk Analysis* 2005; 25(3):623-629.
12. Gigerenzer G. *Reckoning with risk. Learning to live with uncertainty.* Penguin books; 2003.
13. Gigerenzer G, Edwards A. Simple tools for understanding risks: from innumeracy to insight. *BMJ* 2003;327:741-4.
14. Hollnagel H. Explaining risk factors to patients during a general practice consultation. Conveying group-based epidemiological knowledge to individual patients. *Scand J Prim Health Care* 1999; 17(1):3-5.
15. Gurmankin AD, Baron J, Armstrong K. The Effect of Numerical Statements of Risk on Trust and Comfort with Hypothetical Physician Risk Communication. *Med Decis Making* 2004; 24(3):265-271.
16. Mazur DJ, Hickam DH, Mazur MD, Mazur MD. The role of doctor's opinion in shared decision making: what does shared decision making really mean when considering invasive medical procedures? 1. *Health Expectations* 2005; 8(2):97-102.
17. Gwyn R, Elwyn G, Edwards A, Mooney A. The problematic of decision-sharing: deconstructing 'cholesterol' in a clinical encounter. *Health Expectations* 2003; 6(3):242-254.
18. Hunskaar S. Eg ønskjer meg 1 000 nye fastlegar til jul. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125:3518.

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

NSAM

Norsk selskap for allmennmedisin

The Norwegian College of General Practitioners

Norsk Selskap for allmennmedisin – forfatterstipend for 2006

NSAMs forfatterstipend er opprettet for å støtte forfattere av allmennmedisinsk litteratur.

Stipendet er ment som en inspirasjon og anerkjennelse til forfattere med bokprosjekter som bidrar til fagets vekst.

Har du en bok «på hjertet» – eller du er kommet langt i prosessen – send inn en prosjektbeskrivelse vedlagt CV. Vurderingen gjøres av Publiseringsutvalget i NSAM.

Årets stipend er kr. 20 000, og tildelingen vil bli bekjentgjort under Primærmedisinsk uke 2006, onsdag den 25. oktober.

Søknaden skal stiles til Norsk Selskap for Allmennmedisin, Publiseringutvalget ved Sverre Lundevall, Legenes Hus, Postboks 1152 Sentrum, 0107 OSLO sverre.lundevall@legeforeningen.no
Søknadsfrist: 20. september 2006



SELEXID®

pivmecillinam



Velger du «grønt» eller «rødt» når du behandler urinveis- infeksjoner (UVI) empirisk?

	% resi- stente E. coli*, isolat fra urin	smal- spek- tret	ovre og nedre UVI	bruk i hele svanger- skapet	bakteri- cid	pro-drug (inaktivt før ab- sorpsjon)	peni- cillin
Selexid®	2,3	+	+	+	+	+	+
ampicillin/amoxicillin	25,0	÷	+	+	+	÷	+
ciprofloxacin	2,3	÷	+	÷	+	÷	÷
nitrofurantoin	1,6	÷	÷	+	÷	÷	÷
trimetoprim	16,2	÷	+	÷	÷	÷	÷
trim-sulfa	18,6*	÷	+	÷	+	÷	÷

* isolat fra blodkultur

Selexid® – anbefalt til empirisk behandling av UVI, både i allmennpraksis og institusjon¹⁻³!

Selexid® – dokumentert nedbrytbart i naturen⁵!

Ref:

1. Smittevernloven. Håndbok. Antibiotika i allmennpraksis. Statens helsetilsyn, Oslo 1999: 47-55. <http://www.helsetilsynet.no>
2. Smittevernloven. Håndbok. Bruk av antibiotika i sykehus. Statens helsetilsyn, Oslo 2001: 48. <http://www.helsetilsynet.no>
3. Veiledning i bruk av antibiotika i sykehus. Helse Vest, Bergen 2005: 11-13. <http://antibiotika.helse.net/>
4. NORM/NORM-VET 2004. Tromsø/Oslo 2005: 53, 76.
5. Halling-Sørensen, B et al. J Antimicrob Chemother 2000; 46 (Suppl. S1): 53-8.

C Selexid «LEO»
Amidinopenicillin.
T: 19, 38

PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 400 mg. Hvert sett inneh: I) Hetteglass: Mecillinam 400 mg. II) Hetteglass: Sterilt vann 6 ml, J01C A11. **TABLETTER**, filmdrasjerte 200 mg. Hver tablett inneh: Pivmecillinamklorid 200 mg, hjelpestoffer. J01C A08. **Indikasjoner:** Urinveisinfeksjoner forårsaket av mecillinamfølsomme mikroorganismer. **Dosering: Peroralt:** Tablettene tas med rikelig drikke. Voksne: Normaldose: 1-2 tabletter (200-400 mg) 3 ganger daglig avhengig av infeksjonens alvorlighetsgrad. **Akutt ukomplisert cystitt:** 1-2 tabletter (200-400 mg) 3 ganger daglig. For ikke-gravide kvinner vil ofte 3 dagers behandling, såkalt kortidsbehandling, være tilstrekkelig. Gravide kvinner bør, uavhengig av preparat, behandles lenger. Pasienten bør etterkontrolleres med hensyn til bakterieuri. Barn: Normaldose: 20 mg/kg/døgn fordelt på 3 doser. Over 20 kg: 1 tablett (200 mg) 3 ganger daglig. Ved alvorlige infeksjoner kan dobbel dose gis. **Parenteralt:** Voksne: 400 mg 3-4 ganger daglig. Ved alvorlige infeksjoner gis dobbel dose, eller inntil 60 mg/kg/døgn. Barn: 20-40 mg/kg/døgn fordelt på 3-4 doser. **Til intramuskulær injeksjon:** Pulveret (400 mg) oppløses i 2 ml sterilt vann umiddelbart før bruk. **Til intravenøs injeksjon:** Pulveret (400 mg) oppløses i 4 ml sterilt vann umiddelbart før bruk. Oppløsningen er svakt sur. **Til infusjon:** Den oppløste injeksjonsvæske tilsettes 50-100 ml fysiologisk saltvann. Infunderes i.v. (slow-drip) i løpet av 15-30 minutter. Ingen dosereduksjon ved kombinasjonsbehandling. **Kontraindikasjoner:** Penicillinallergi og type 1 reaksjon overfor cefalosporiner. Osofagusstriktur (tablettene). Pivmecillinam (tablettene) er kontraindisert hos pasienter med genetiske metabolske anomalier av typen organiske acidurier som metylmalonsyre, propionsyreacidemi o.l. **Forsiktighetsregler:** Det foreligger en risiko for karnitinnivå ved at morens karnitinnivå senkes som følge av behandling med pivmecillinam (tablettene). **Overgang i morsmelk:** Preparatet går i liten grad over i morsmelk. Det er lite sannsynlig at barn som ammes kan få skadelige effekter på foster eller på utvikling av tarm- og munnflora hos barnet ikke kan utelukkes. Små mengder av virkestoffet i morsmelken kan gi økt risiko for sensibilisering. **Bivirkninger: Injeksjonsvæske:** Sjeldne (<1/1000): Hud: Allergiske hudreaksjoner, øvrige: Muskeltrøtthet p.g.a. karnitinnivå. **Egenskaper:** Klassifisering: Mecillinam er et smalspektrert amidinopenicillin med spesielt høy aktivitet mot Gram-negative bakterier tilhørende Enterobacteriaceae: som E.coli, Klebsiella, Proteus, Enterobacter, Salmonella, Shigella og Yersinia. Esteren pivmecillinam virker som «pro-drug», er syrestabil og absorberes godt gastrointestinalt. Den hydrolyseres raskt til aktiv mecillinam. Relativt stabil overfor penicillinase fra Gram-negative staver, ikke kryssresistent med andre antibiotika, unntatt ved meget kraftig penicillinaseproduserende stammer. Forholdsvis lav aktivitet overfor Gram-positive kokker og H.influenzae. Også Staphylococcus saprophyticus kan påvirkes av de høye konsentrasjoner av mecillinam som oppnås i urinen. Enterokokker og Pseudomonas er resistente. **Virkningsmekanisme:** Bactericid. Hemmer celleveggensyntese, angrepspunktet er forskjellig fra andre penicilliner. Synergistisk effekt oppnås derfor ved kombinasjon med andre penicilliner eller cefalosporiner. **Absorpsjon:** Mecillinam absorberes godt peroralt, uavhengig av samtidig fôdeinntak. 200 mg pivmecillinam peroralt gir maksimal serumkonsentrasjon på ca. 3,5 (g/ml) etter ca. 1 time. 400 mg mecillinam som i.m. injeksjon gir maksimal serumkonsentrasjon på ca. 15 (g/ml). **Proteinbinding:** 5-10 %. **Fordeling:** Spesielt høye konsentrasjoner i urin og galle. **Halveringstid:** Ca. 70 minutter. **Metabolisme:** 8-23 % av gitt dose kan påvirkes som metabolitter. **Utskillelse:** Hovedsakelig via nyrene, ca. 50 % i løpet av 6 timer. Forsinket ved nedsatt nyrefunksjon. **Oppbevaring og holdbarhet:** Infusjonsløsningen skal anvendes innen 6 timer etter tilberedning. Rekonstituert injeksjonsvæske bør brukes umiddelbart. Andre opplysninger: Mecillinam fjernes ved dialyse. Infusjonsløsningen bør ikke tilsettes andre farmaka og bør ikke blandes med andre infusjonsvæsker. **Pakninger og priser (per 01.01.2006):** Injeksjonsvæske: 10 sett kr 807,00. Tabletter: 100 stk. kr 488,50. Enpac: 20 stk. kr 120,30. 30 stk. kr 167,00.

ATC-nr.: J01C A08 og J01C A11



LEO Pharma AS
Lilleakerveien 25, 0283 Oslo
Telefon +47 22 51 49 00 – Telefax +47 22 51 49 01
www.leo.no

© LEO april 2006.
All LEO Trademarks mentioned belong to the LEO Group.

MELSON GRAFISK AS, 1058 TORP

HELSEBIBLIOTEKET

— fra visjon til virkelighet

AV MAGNE NYLENNNA OG ARILD BJØRNDAL



Magne Nylenna
Redaktør Helsebiblioteket



Arild Bjørndal
Forskningsleder helsebiblioteket.

helse-
biblioteket

Opprettelsen av Helsebiblioteket er virkeliggjøring av en drøm. Helsebiblioteket er en formidlingskanal for kvalitetssikret kunnskap rettet mot helsepersonell og finansiert av de regionale helseforetakene, Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Tjenesten er elektronisk med tilgang gjennom Internett eller lukkede nett, og bruken er gratis. Innholdet skal utvides gradvis i samarbeid med brukerne, og målet er å utvikle Helsebiblioteket til en sentral kilde for kunnskapsbasert helsefaglig informasjon. Allmennleger, som tradisjonelt har dårlig tilgang til bibliotekstjenester, antas å ha særlig nytte av tilbudet.

"The application of what we know will have a bigger impact on health and disease than any single drug or technology likely to be introduced"

J A MUIR GRAY, REDAKTØR AV NATIONAL LIBRARY FOR HEALTH

Visjonen

Tenk om det fantes
... ett nettsted som gir
... alt helsepersonell
... fri tilgang til
... relevant og pålitelig informasjon, som kan
... bidra til informerte beslutninger om forebygging,
behandling og organisering.

Bakgrunnen

Tilgang til best mulig kunnskap har gjennom alle tider vært et mål for leger og annet helsepersonell. Det første medisinske tidsskriftet i Norge, *Eyr*, ble grunnlagt i 1826, på et tidspunkt da det bare fantes et hundretalls leger her i landet. Senere kom *Norsk Magazin for Lægevidenskab* i 1840 og

Tidsskrift for Den norske lægeforening i 1881 (etablert som *Tidsskrift for praktisk Medicin*). I det 20. århundret økte antall medisinske tidsskrifter på verdensbasis i takt med den medisinske spesialisering og med veksten i helsetjenesten. Det finnes nå mellom 20 000 og 30 000 medisinske tidsskrifter, og det er umulig for en enkelt lege å følge med i alt som publiseres selv innen eget fagområde. Den medisinske faglitteraturen er omfattende. Den største databasen, *Medline*, indekserer over 4000 tidsskrifter og legger hver dag fra 1500 til 3500 nye artikler til den totale basen på over 13 millioner fagartikler.

Leger har alltid vært tidlig ute med å bruke ny teknologi, også informasjonsteknologi. Tidlig på 1970-tallet begynte *Tidsskriftet* å produsere lydkassetter beregnet på leger på

reise og sykebesøk i bil eller båt, Tidsskriftkassetten. På den internasjonale arena ble fjernsynet tatt i bruk av leger til overføring av møter og kongresser allerede fra 1950-tallet og på 1980-tallet ble det etablert egne medisinske kabelselskaper i USA. Verken lyd- eller fjernsynssendinger har imidlertid fått noen sentral plass i legers videre- og etterutdanning i vår del av verden.

Introduksjonen av Internett fra 1990-tallet har imidlertid revolusjonert fagformidlingen. Nettet har i prinsippet uendelig lagringskapasitet og universell tilgang er mulig om informasjonskilden ønsker det. På den annen side er det ingen kvalitetskontroll av den informasjonen som legges ut på nettet, og høyst tvilsomme budskap fremstår i en form som til forveksling likner på vitenskapelige resultater. Den enorme informasjonsmengden på Internett avspeiles i antall treff på den meste brukte søkemotoren, Google. Et søk på ordet «diabetes» gir for eksempel over 193 millioner treff. Det bidrar til det som kalles informasjonsparadokset, nemlig at mengden av informasjon er overveldende, men at det er svært vanskelig å finne akkurat det man har bruk for, når man har bruk for det.

Samtidig er det utviklet nye metoder for å oppsummere kunnskap. De færreste medisinske spørsmål blir besvart én gang, i form av én studie som gir svaret med to streker under. Regelen er at vi må vurdere hele kunnskapsbildet for å bedømme en sammenheng mellom årsak og virkning. Da må man forsøke å finne all relevant litteratur, også de studier som ikke er publisert. Man må legge til side undersøkelser der det er stor fare for at sammenhenger er feilbedømt og trekke sammen data på en metodisk god måte. Kunnskapsoppsummeringer som utarbeides ved hjelp av systematiske og eksplisitte metoder, er blitt et viktig hjelpemiddel for å holde seg oppdatert på ulike fagområder innen medisinen. Cochrane-samarbeidet, et internasjonalt nettverk for utarbeidelse av slike systematiske oversikter som ble etablert i 1993, publiserer fortløpende systematiske oversikter om effekter av forebygging og behandling (<http://www.thecochranelibrary.com>) og tilstreber å holde oversiktene oppdatert.

Selve hemmeligheten er å finne systemer som gjør det mulig for travle klinikere å nyttiggjøre seg kvalitetssikret kunnskap på en enkel måte. Det forutsetter mer enn tilgang til The Cochrane Library. Informasjonen må bli mer brukervennlig; kortere, enklere og levert i en form som er brukbar på en vanlig arbeidsdag. Dessuten vil mange leger ønske tilgang til flere internasjonale tidsskrifter og noen ønsker å søke selv i de viktigste internasjonale litteraturlaser. Leger trenger simpelthen tilgang til skreddersydde bibliotekstjenester. Universitetsbibliotekene tilbyr i dag

mye av dette, men man skal ikke langt utenfor de store sykehusene før tilbudet reduseres dramatisk. Det finnes helseforetak som helt mangler bibliotek og i primærhelsetjenesten er det helt opp til den enkelte lege å tegne abonnementer på tidsskrifter og elektroniske oppslagsverk som Norsk elektronisk legehåndbok o.l. Eldreomsorgen mangler også fullstendig bibliotekstilgang.

Målet med Helsebiblioteket er å tilby alt helsepersonell enkel tilgang til kunnskapsbasert helsefaglig informasjon, og være en formidlingskanal for oppdatert faglig kunnskap fra norske og internasjonale fagmiljøer. Med oppdatert faglig kunnskap menes bl.a. ny forskning, oppsummert forskning, nasjonale faglige råd og retningslinjer fra offentlige myndigheter, veiledninger, råd og prosedyrer utarbeidet av anerkjente fagmiljøer, samt lover og forskrifter. Med utgangspunkt i én nettside skal det være mulig å finne det meste av det man trenger for å være faglig oppdatert og for å få svar på de fleste spørsmål i løpet av rimelig kort tid.

En modell for Helsebiblioteket har vært det britiske *National Library of Health* (<http://www.library.nhs.uk/Default.aspx?ref=at>), som eies og drives av National Health Services (NHS), og som er opprettet på bakgrunn av en egen handlingsplan for kvalitetsforbedring i NHS fra 1998. Et av de konkrete tiltakene i denne planen var nettopp å opprette et nasjonalt elektronisk bibliotek for helsetjenesten, og en pilotversjon av *National Library of Health* ble åpnet i 1999.

Organisering og finansiering

Selv om ideen om en ikke-kommersiell nettside med kvalitetssikret kunnskap har fått tilslutning fra de fleste aktører i helsetjenesten, har veien mot lansering vært kronglete og vanskelig. Helsevesenet i Norge er, selv etter sykehusreformen i 2002, fragmentert. Primærhelsetjenesten er ikke bare organisert i 431 forskjellige kommuner, men de ca. 4000 allmennlegene har ingen felles faglig eller administrativ overbygning. Fem ulike regionale helseforetak har hver sin identitet og økonomi, og selv i den sentrale helseforvaltning er det ulike syn på hvor viktig en felles kunnskapskanal for helsepersonell er.

Sosial- og helsedirektoratet har i praksis vært pådriver for å etablere Helsebiblioteket. Etter en lengre prosess ble det i 2005 inngått en avtale mellom de fem regionale helseforetakene og direktoratet om å gå sammen om å opprette og drive en slik tjeneste, og Helsebiblioteket ble formelt etablert fra 1. januar 2006.

Helsebiblioteket finansieres av det som kalles partnerne, nemlig de regionale helseforetakene og Sosial- og helsedirektoratet, med et mindre tilskudd fra høyskoler med

helsefaglig utdanning som derved også får tilgang. Budsjettet for Helsebiblioteket fastsettes av partnerne. Bruken av Helsebiblioteket skal være gratis for målgruppen.

Helsebiblioteket driftes av og i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret), og er organisert som en egen enhet med særlig faglig og redaksjonell integritet hjemlet i egne vedtekter. I følge vedtektene skal Helsebiblioteket bl.a.:

- Etablere strukturer som sikrer kvalitet på de innholdstjenester som leveres
- Inngå avtaler med leverandører av innholdstjenester og tekniske tjenester
- Sørge for gode publiseringsløsninger på nett
- Etablere strukturer som sikrer dialog med helse- og bibliotekfaglige miljøer
- Sørge for relevante innholdstjenester for alle målgrupper

Det er opprettet et råd som skal gi innspill til Kunnskapssenteret om driften av Helsebiblioteket. Rådet har fire representanter, to fra de regionale helseforetak og to fra Sosial- og helsedirektoratet. Rådet skal bidra til at Kunnskapssenteret driver Helsebiblioteket etter formålet, gi råd om tilsetting av redaktør, oppnevne redaksjonsutvalg og gi råd om overordnede saker som planer (strategiplan og virksomhetsplan) og budsjett.

Helsebiblioteket ledes av en redaktør som har den overordnede faglige og administrative ledelse av virksomheten. Redaksjonen er liten og består av en håndfull personer. Helsebiblioteket skal dessuten ha et redaksjonsutvalg som er under etablering, og som skal representere brukerne og aktuelle forsknings-, informasjons- og bibliotekfaglige miljøer og gi råd til Helsebibliotekets råd og redaktør i faglige spørsmål.

Det brukes to språklige analogier i den nyetablerte virksomheten:

Bibliotek-begrepet forteller at dette er en informasjons-samling som for brukerne først og fremst minner om et bibliotek, riktignok i elektronisk innpakning. Tradisjonelt er biblioteker «passive» kunnskapsbanker dit brukerne går for å hente informasjon når behovet oppstår.

Redaksjonsterminologien benyttes om Helsebibliotekets ledelse og ansatte som et uttrykk for at valgene av kilder og tjenester, har vært gjenstand for en faglig vurdering. Tradisjonelt er redaksjoner «aktive» formidlere som velger ut innhold som tilbys brukerne på bakgrunn av et antatt ønske og behov.

Tilgjengelighet

Målgruppen for Helsebiblioteket er tredelt:

- Helsepersonell av alle kategorier

- Studenter i helsefag
- Ansatte i helseforvaltningen

Slik avgrenses Helsebibliotekets oppgaver overfor bl.a. pasienter, pårørende og publikum. Mye av innholdet vil likevel være allment tilgjengelig, men innrettet mot helsepersonell.

Tilgangen skal være så enkel som mulig, men lisenser knyttet til målgruppen gjør autentisering av brukerne nødvendig for det innholdet som har slike begrensninger, for eksempel tidsskriftabonnementer.

I praksis kan tilgangen reguleres på to måter; gjennom institusjoner eller lukkede nett (intranett eller Norsk helse-nett) eller gjennom individuell autentisering. Den individuelle autentisering er knyttet til helsepersonellregister-nummer eller andre identifiseringsordninger.

Innhold

Målet er ikke mest mulig, men best mulig innhold. Det betyr at Helsebiblioteket må utvikle systemer for kvalitetssikring både av enkelt dokumenter og kilder. Med utgangspunkt i tradisjonen i de vitenskapelige tidsskrifter der manuskripter gjennomgår faglig vurdering (peer review) før publisering, kan man tenke seg en liknende ordning for de ulike databaser, tidsskrifter og andre innholdskilder som Helsebiblioteket bringer videre.

Det planlagte innholdet i Helsebiblioteket kan systematiseres i to hoveddeler, faglige ressurser og tjenester og arbeidsstøtte. Noen eksempler på elementer som på sikt kan inngå i hver av disse delene er gitt i tabellen s. 21. Mens det som kalles «faglige ressurser» først og fremst er «hylleware» (for eksempel tidsskrifter), vil «tjenester og arbeidsstøtte» være mer «skreddersøm» (for eksempel praksisnær beslutningsstøtte).

Eksempler på innhold langs en annen akse kan være:

- Ny forskning (via vitenskapelige publikasjoner)
- Oppsummert forskning (fra Kunnskapssenteret, Cochrane etc.)
- Nasjonale faglige råd og retningslinjer
- Lover og forskrifter
- Styringssignaler fra myndigheter og helsetjenestens eiere

Et naturlig kjerneområde for Helsebiblioteket er å gi tilgang til databaser og vitenskapelige tidsskrifter. Til tross for en voksende interesse og et sterkt internasjonalt engasjement for åpen og fri tilgang til forskningslitteratur (open access), har tilgjengeligheten til de viktigste kildene i virkeligheten blitt stadig dårligere. Prisen på tidsskriftabonnementer har nemlig økt kraftig. Abonnementsprisen på fag-

blader innen det såkalte SMT-segmentet (scientific, technical, medical) økte med 630 prosent fra 1975 til 1995, og fra 1990 til 2000 var økningen 11 prosent årlig. Dette er langt over den generelle prisøkning. Det er en av grunnene til fremveksten av såkalte konsortier, dvs. felles forhandlinger og avtaler om lisenser for flere brukere. Helsebiblioteket har inngått og vil inngå konsortieavtaler med forlag og tidsskriftutgivere på vegne av alle brukerne i norsk helsevesen. Slik spares lokale biblioteker for arbeidet med å fremforhandle avtaler, slik kan man som «storforbruker» få mer for pengene og slik kan man gi tilgang til flere. Et konkret eksempel er et nasjonalt abonnement på den elektroniske versjonen av *BMJ* (tidl. British Medical Journal), noe som gir alle med Internett-tilgang fra datamaskiner med norsk IP-adresse fri tilgang til alle ressurser på www.bmj.com. Dette er ikke en gang begrenset til helsepersonell. Andre viktige bidrag til legenes faglige oppdatering er sekundærtidsskrifter og *Clinical evidence*. Sekundærtidsskrifter overvåker publiseringen av nye forskningsresultater i en rekke tidsskrifter, vurderer kvaliteten og bringer sammendrag av viktige artikler. Eksempler er *Evidence Based Medicine*, *Evidence Based Mental Health* og *Evidence Based Nursing*. *Clinical evidence* er en omfattende lærebok i praktisk medisin, som stadig bygges ut og som holdes fortløpende oppdatert.

Innholdet i Helsebiblioteket vil fremstå i tre ulike presentasjonsformer:

- Lenker (eks. databaser, tidsskrifter) vil dominere volummessig og brukerne vil lett kunne se at dette er stoff fra andre primærkilder.
- Innhold som er lagret på egen, lokal server, men produsert av andre, vil være aktuelt for veiledere, oppsummeringer og annet som ikke er digitalt tilgjengelige gjennom andre. Lay out på slikt stoff vil bære Helsebibliotekets preg, men ansvarlig instans og/eller forfatter vil alltid bli bekjentgjort.
- Egenprodusert stoff (brukerveiledninger etc.) vil være meget begrenset i omfang, og først og fremst dreie seg om notiser og informasjon om kunnskapskilder.

Uansett kvalitetssikring av innhold og tjenester vil selvsagt den enkelte utøver i helsetjenesten fortsatt ha et personlig ansvar for egne faglige beslutninger og handlinger. Slik sett skiller ikke Helsebiblioteket seg fra andre biblioteker og kunnskapsbaser.

Emnebiblioteker

For å ivareta enkelte faggruppers og fagområders særlige informasjonsbehov er planen å etablere og utvikle emnebiblioteker innenfor avgrensede tema. Hvert emnebibliotek skal ha en egen emnebibliotekredaktør. Innholdet i emnebibliotekene vil være mangfoldig og omfatte oppsummert kunnskap, offentlig informasjon, nyheter, pekere til andre

Faglige ressurser:

- Bibliografiske databaser
- Tidsskrifter
- Kunnskapsoppsummeringer
- Faglige retningslinjer
- Veiledere
- Oppslagsverk
- Elektroniske lærebøker mm
- Lover, forskrifter og rundskriv
- Helsestatistikk
- Kvalitetsarbeid
- Lenkesamlinger

Tjenester og arbeidsstøtte:

- Effektiv søkbarhet
- Emnebiblioteker
- «Bak fete typer» (nyhetstjeneste)
- Beslutningsstøtte
- Bibliotekstjenester og opplæring
- Nyheter fra/om helsebiblioteket
- Diskusjonsforum
- Blanketter
- Kodeverk og klassifikasjoner
- Selvarkivering av artikler

Mulige, fremtidige innholdselementer i Helsebiblioteket.

organisasjoner nettsteder, databaser, flere tidsskrifters, praksisnære verktøy m.m. En av oppgavene for et emnebibliotek vil i startfasen være å indeksere og sammenfatte oppsummert kunnskap på norsk.

Tanken er at alle emnebibliotek skal ha noen felles hovedelementer og en enhetlig design, slik at de er lett gjenkjennelige og navigerbare.

Foreløpig er *Psykisk helse* det eneste emnebiblioteket som er etablert. Det er selvsagt ingen tilfeldig prioritering. Kunnskaps- og praksisområdet psykisk helse er blant de største innen helsetjenesten. Et mangfold av fagtradisjoner, lokale kulturer og kunnskapssyn, båret av ulike profesjoner, preger feltet; også i form av latente og manifeste konflikter. Det enorme tilfanget av forskning og annen informasjon, mangelen på kvalitetsvurdering av kunnskapen, og ofte dårlig språklig og praktisk tilgjengelighet, gjør det krevende for den enkelte helsearbeider å holde seg oppdatert, selv på et avgrenset område. Dessuten har det vært mulig å finansiere denne satsningen gjennom den nasjonale opptrappingsplanen for psykiatri.

Både etablering og drift av emnebibliotekene forutsetter separat finansiering. Det er den viktigste hindring for å komme videre med planene som foreligger om egne emnebiblioteker både om eldreomsorg, kreft, samfunnsmedisin og legemidler.

RETNINGSLINJER

Norske retningslinjer
Internasjonale ressurser for
retningslinjer
om retningslinjer

OPPSUMMERT FORSKNING

Norske
kunnskapsoppsummeringer
Internasjonale ressurser for
oppsummert forskning
om oppsummert forskning

DATABASER

Medline EMBASE AMED
CINAHL PsycINFO Cochrane
Clinical Evidence PubMed
SnelMed+ PEDro
om databaser

SPØRSMÅL SOM HANDLER OM:

Effekt av tiltak
Diagnostikk
Sykdomsårsak
Prognose

EMNEBIBLIOTEK

Psykisk helse

TIDSSKRIFTER

Den norske lægeforenings
Tidende Tidsskrift for Den norske
lægeforening BMJ The Lancet
Annals of Internal Medicine New
England Journal of Medicine
BioMed Central Evidence Based
Medicine Sykepleien Sek i
tidsskrifter fra ProQuest
om tidsskrifter

ANDRE RESSURSER

BIESYS emneportal helse
Legemiddelhåndboka Fritt
sykehusvalg Fellesskapa
Kodeverk SML Forebygging
Metodevurdering Statistikk om
dødsårsaker og levealder
om andre ressurser

09.03.06

Vellukka kurs i ProQuest arrangert av Helsebiblioteket

I februar i år arrangerte Helsebiblioteket i samarbeid med ProQuest kurs i bruk av ProQuest Medical Databases. Til saman deltok 95 bibliotekarar på kursa som fann stad i Kristiansand, Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. Tilbakemeldingane på kursa har vore gode, og den britiske forelesaren gav ei profesjonell og pedagogisk innføring i korleis databasen skal brukast.



Viktige lenker

Her finner du lenker til
Helsebibliotekets eiere, offentlige
myndigheter og
yrkesorganisasjoner.

Den første pilotversjonen av Helsebiblioteket (sannsynligvis allerede endret når dette leses).

Helsebiblioteket 1.0

Et utkast til førsteutgave har eksistert i ett år, og brukes så langt først og fremst av bibliotekarere. Det er utviklet en egen design og foreløpig funksjonalitet (FIG 1). Det er store mangler i denne versjonen både i innhold og funksjonalitet (bl.a. søk), men målet er en gradvis utvikling. Foreløpig skjer tilgangen via Sosial- og helsedirektoratets hjemmeside www.shdir.no/helsebiblioteket, men planen er å legge ut Helsebiblioteket på egen URL før sommeren 2006. Da vil tilgangen skje via nettsiden www.helsebiblioteket.no.

Veien videre

Det har vært viktig å etablere en prototyp av Helsebiblioteket så raskt som mulig. Det er enklere å utvikle og forbedre en virksomhet som viser seg i konkrete resultater, enn å arbeide med planer og visjoner. Risikoen er selvsagt at den første versjonen er så langt fra brukernes behov og nytteverdien så liten at tjenestene ikke blir benyttet, og at man derved også går glipp av de konkrete tilbakemeldinger som kan gjøre Helsebiblioteket bedre.

Det er fortsatt grunnleggende og uløste informasjonsproblemer i helsefagene. For mange viktige spørsmål mangler vi fortsatt relevant og pålitelig forskning. Fortsatt fungerer ikke sammenfatningen av den forskning som finnes, godt nok, og vi har ikke systemer som skaper umiddelbar tilgang på relevant, pålitelig, kortfattet, lettlest, oppsummert og

oppdatert kunnskap for dem som arbeider i klinisk og samfunnsmedisinsk praksis. Ideelt bør det ikke ta stort mer enn tre sekunder fra en allmennlege stiller et faglig spørsmål (skrevet i fritekst) før vedkommende har et svar som kan brukes og tilpasses den enkelte pasient. Helsebiblioteket kan ikke løse dette informasjonsproblemet.

Det er også problemer med å skape tilgang til «alle» tidsskrifter og databaser simpelthen fordi kunnskapsindustrien er like pengekrevenne som legemiddelindustrien. Det er et paradoks at forskningen ofte er betalt av det offentlige, men fordi forskere gir fra seg rettigheter for å publisere i prestisjefylte tidsskrifter, må den enkelte eller fellesskapet betale i dyre dommer for å få lese resultatene av forskningen.

På kort sikt er målet å gi alt helsepersonell (noe) lettere tilgang til kunnskap og få mer for pengene, dvs. nyttiggjøre oss «storkundefordelene» overfor forlag og tidsskriftutgivere. På lengre sikt er målet å utvikle nye tjenester og å bidra til en kvalitetsforbedring av helsetjenesten. Utfordringene er mange, også når det gjelder bruken av fagkunnskap. Det er velkjent at informasjonstilbud både kan være omfattende og gode uten å bli brukt, og uten å ha effekt. Allmennleger har tradisjonelt ikke vært storforbrukere verken av vitenskapelige tidsskrifter eller andre kunnskapskilder. Helsebiblioteket har ambisjoner om å endre dette. Bruk Helsebiblioteket og gi oss tilbakemeldinger!

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: magne.nylenna@helsebiblioteket.no

Nå kan du gjøre mer!

-for pasienter med hjertesvikt etter nylig gjennomgått hjerteinfarkt

Inspira® (eplerenon) godkjennes for pliktmessig refusjon etter § 9, punkt 12 B1 - på følgende vilkår:

- Refusjonen er indikasjonsspesifikk og refusjon omfatter kun behandling med eplerenon som tillegg til standardbehandling, inkludert betablokkere, for å redusere risikoen for kardiovaskulær mortalitet og morbiditet hos pasienter med stabil venstre ventrikkel dysfunksjon (LVEF $\leq$ 40%) og klinisk påvist hjertesvikt etter nylig gjennomgått hjerteinfarkt.
- Refusjon av legemidlet er begrenset oppad inntil 6 måneders behandling.
- Inspira refunderes kun etter resept fra sykehus.

EPHESUS (Eplerenone Post-AMI Heart Failure Efficacy and Survival Study) viste at Inspira® brukt i kombinasjon med ACE-h/ARB og betablokker førte til¹:

- 15% reduksjon i totalmortalitet (p=0.008)
- 21% reduksjon i plutselig hjertedød (p=0.03)

Behandlingen var godt tolerert

Referanse:

1. Pitt B et al. Eplerenone, a selective aldosterone blocker, in Patients with Left Ventricular Dysfunction after Myocardial Infarction. N Engl J Med. 2009;341:1359-1321.

Preparatinformasjon side 37

inspra®
eplerenon
økt overlevelse¹

Etablert praksis på usikkert grunnlag?

SSRI MOT DEPRESJON

AV GUNHILD FELDE
allmennlege i Bergen, medredaktør i Utposten

Antidepressiva sammen med samtaleterapi har lenge vært standard behandling ved både moderate og alvorlige depresjoner. Forbruket av antidepressiva, og spesielt SSRI, har vokst enormt de siste årene etter mye fokus på å fange opp og diagnostisere depresjoner, og å sette i verk behandling. Aggressiv markedsføring har selvsagt bidratt sterkt. Bruken av antidepressiva, og spesielt SSRI, som førstelinjehandling ved depresjoner er bredt akseptert. De fleste av oss har vel også i egen praksis fått inntrykk av at midlene kan ha god effekt. Men hvor god er egentlig dokumentasjonen på at antidepressiva virker?

En artikkel publisert i British Medical Journal 16. juli 2005 (Moncrieff J. Kirsch I: Efficacy of antidepressants in adults BMJ 2005; 331: 155-9) satte fokus på dette spørsmålet etter at det var vedtatt nye nasjonale retningslinjer som anbefalte SSRIs som førstelinjehandling ved depresjoner.

Vi vet at placeboeffekten er stor for omtrent all type behandling. Men hvor mye bedre enn placebo skal noe virke før vi skal behandle våre pasienter med dette? (Og staten bruke milliarder av kroner på det?) Studier rundt bruk av antidepressiva kan virke selvmotsigende og med sprikende resultater, alt etter hva som blir målt.

Artikkelen i BMJ konkluderer med at de engelske anbefalingene, som synes omtrent å tilsvare de norske, ignorerer viktige data og bør revurderes. Effekten av antidepressiva bør også vurderes spesielt nøye på bakgrunn av den økte suicidalfaren ved bruk av SSRI. Innholdet i artikkelen refereres her i korte trekk.

Høyst marginal effekt av SSRI

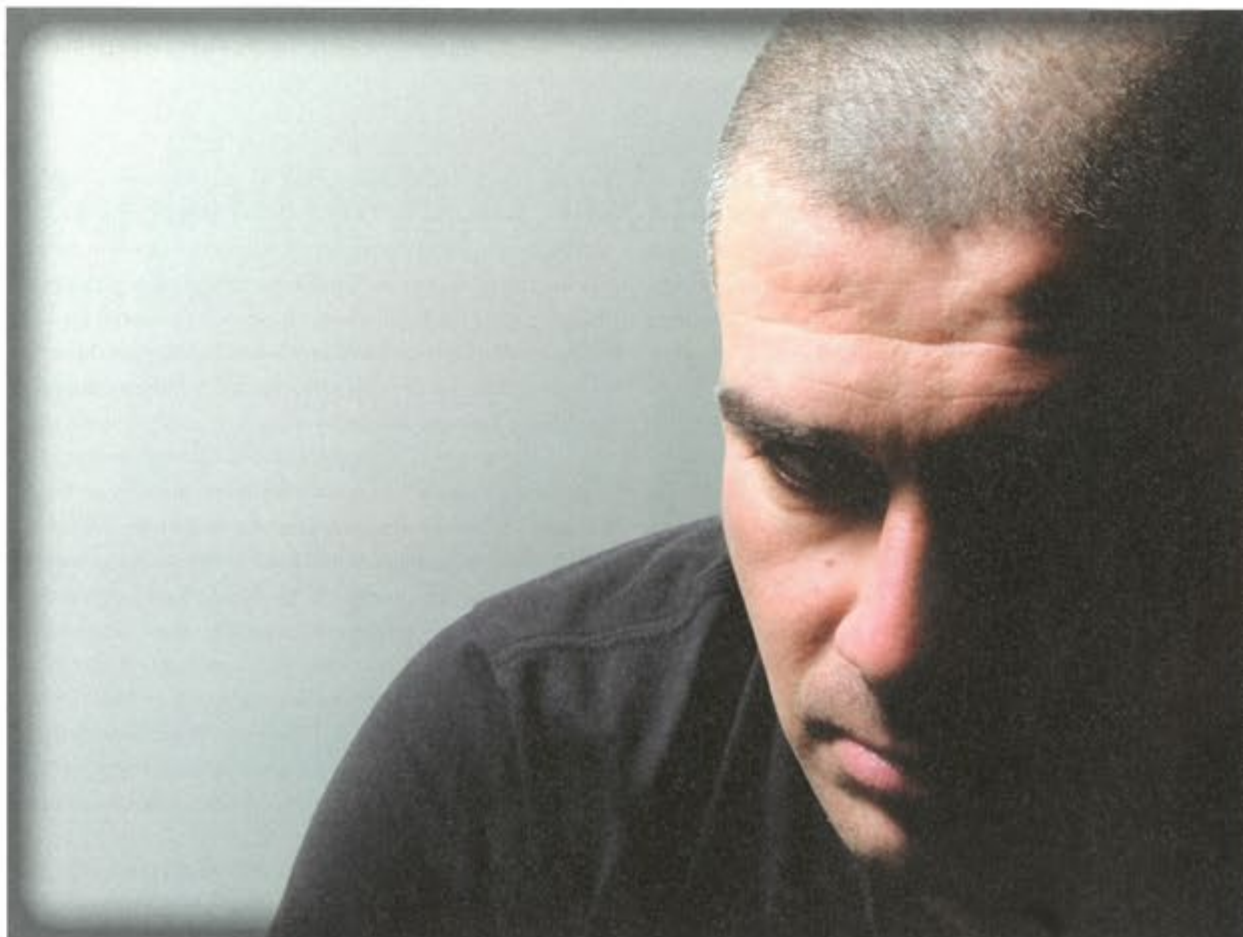
Artikkelen tar utgangspunkt i de engelske anbefalingene fra National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Metaanalysene av placebokontrollerte forsøk, som anbefalingene bygger på, viser en signifikant forskjell i symptomnivå, men forskjellene var så små at de ble ansett som klinisk ubetydelige. Konklusjonen om at medikamentene hadde klinisk viktige fordeler var basert på analyser på respons- og remisjonsrater. Artikkelforfatterne peker på at disse konklusjonene bygget på de samme data for symptomskår som viste at

det ikke var noen klinisk relevant effekt. Det pekes på at inndeling i remisjon og ikke-remisjon kan være problematisk fordi pasienter like over og like under cut-off kan være klinisk umulig å skille. Respons var definert som minimum 12 poeng forbedring på Hamilton skala for depresjon. Forskjellen i gjennomsnittlig forandring på skår mellom medikament og placebo var 1 poeng. Det gav en responsrate på 50 prosent i medikament-gruppa og 32 prosent i placebo-gruppa. De små forskjellene som ble funnet ved de kontinuerlige målemetodene (som ved Hamilton symptomskår) sammenfaller med andre metaanalyser. Khan et al fant 10 prosent forskjell i nivå på symptomer i to metaanalyser. Det finnes ingen konsensus på hva som er en klinisk meningsfull forskjell i Hamilton skår, men det framheves som urimelig at en forskjell mindre enn to poeng på Hamilton depresjonsskala kan ansees som betydningsfull. NICE krevde en forskjell på minst tre poeng for at det skulle ha klinisk betydning.

Det pekes også på at Hamilton har 17 punkter med maksimum skår på 52. 7 av punktene omhandler søvn og angst, hvert av punktene på søvn kan skåre seks poeng. Medikamenter med sedative egenskaper, inkludert mange antidepressiva, kan lage en forskjell på to poeng eller mer uten å utøve noen spesifikk antidepressiv effekt.

Ikke større effekt hos de alvorligst deprimerte

En viktig påstand i retningslinjene fra NICE er at fordelene ved antidepressiva framfor placebo korrelerer positivt med alvorlighetsgraden av depresjonen som behandles. Det har vært en gammel oppfatning at endogene depresjoner, som ofte har blitt sett på som mer alvorlige, responderte bedre på antidepressiva enn reaktive depresjoner. «Regression to the mean» (konvergering mot midtpunktet av dataene) kan ha bidratt til mye av dette inntrykket da det medfører at personer med alvorligere depresjon ved første måling vil vise størst nivå av forbedring totalt sett. Størst forbedring skjer hos pasientene med alvorligst depresjon, både når de behandles med medikament og placebo. Studier spriker noe på dette området, men en nyere metaanalyse referert i artikkelen, fant ingen sammenheng mellom alvorlighetsgrad og antidepressiv effekt, og flere andre studier viser ikke klare resultater.



ILLUSTRASJONSTO: RADU RANCIU. BAKGRUNNSILLUSTRASJONER: THOMAS BROSTROM

Ingen sikker langtidseffekt

Prevalensen av depresjon stiger på tross av økt bruk av antidepressiva. Når det gjelder behandlingsresultater hos deprimerte på lang sikt, vises det i artikkelen til to studier av deprimerte som ble behandlet av allmennleger og psykiatere. Begge studiene viste at pasienter som ble behandlet med antidepressiva på sikt hadde det dårligere enn pasienter som ikke ble behandlet med antidepressiva, selv etter at det var justert for alvorlighetsgrad i utgangspunktet. Det kunne ikke oppdrives sammenlignende studier som viste at det gikk bedre med pasienter som fikk antidepressiva.

Noen har foreslått en kausal sammenheng mellom økt bruk av antidepressiva og observert fall i suicidalrater i enkelte land. Dette er i artikkelen imøtegått med at fallet i suicidalrate begynte lenge før denne perioden og at suicidalraten har økt i enkelte grupper og land på tross av økt bruk av antidepressiva. Metaanalyser har ikke funnet reduserte suicidalrater eller suicidal handlinger hos grupper på antidepressiva sammenlignet med placebo.

Oppsummering

NICE-data antyder at SSRI ikke har klinisk betydningsfull gunstig effekt i forhold til placebo. Dette samsvarer med andre metaanalyser. I tillegg argumenteres det også for at metodologiske artefakter kan stå for den lille effekten som er sett. Bevisene for at antidepressiva er mer effektivt ved alvorligere tilstander er ikke sterke. Langtidsutfall på de-

presjon og suicid viser ingen overbevisende fordel av antidepressiva. Artikkelforfatterne mener at balansen mellom fordeler og risiko er ufordelaktig ved behandling med antidepressiva, at dette må få konsekvenser for anbefalingene, og at det må utvikles bedre behandlingsalternativer til medikamentell behandling.

Reaksjoner og diskusjon i BMJ i etterkant

Det kom mange reaksjoner på artikkelen, blant annet fra dem som stod bak NICE-retningslinjene for behandling av depresjon. De fleste innsigelsene ble slått kraftig tilbake av artikkelforfatterne.

«Det ble påstått at artikkelen inneholdt en del unøyaktigheter, og det påpekes at anbefalingene bygger på endepunktdata som taler for anbefaling av antidepressiva som første linje behandling. Som svar på dette siterer artikkelforfatterne selve retningslinjene, som sier at det er grunnlag for å påstå at det er en statistisk signifikant forskjell til fordel for SSRI framfor placebo når det gjelder å redusere depresjonsymptomer, *men denne forskjellen er i følge retningslinjene selv sannsynligvis ikke klinisk signifikant*. Under punktet klinisk sammendrag i retningslinjene, står det gjentatt at *det ikke synes å være noen forskjell mellom SSRI og placebo på endepunkt*. Artikkelforfatternes konklusjon blir derfor at hvis NICE sine anbefalinger bygger på endepunktdata slik de sier, burde konklusjonen på det bli at SSRI ikke kunne anbefales brukt i det hele tatt.

– Det kom også kommentarer som gjaldt langtidseffekten av antidepressiva, og at det i enkelte studier ser ut til å være en bedre effekt hos de som får SSRI i forhold til placebo på sikt. Artikkelforfatterne svarer til dette at det først og fremst ikke er vist at det er noen langtidseffekt av korttidsbehandling med antidepressiva. Et annet interessant poeng er at langtidsstudiene ofte er usikre fordi de er diskontinuerlige forsøk. Det vil si forsøk der alle fikk antidepressiva til å begynne med, men der noen etter hvert settes over på placebo og at disse sammenlignes med de som fortsatte på antidepressiva. At placebogrupper her ofte kommer dårligere ut, kan reflektere et seponeringsproblem, heller enn at det er en reell fordel ved antidepressiv behandling. Seponeringssymptomer og angst i tilknytning til disse symptomene, kan ha vært feiltolket som tilbakefall av depresjonen. Symptomene på mulig tilbakefall (eller kun seponeringssymptomer) kommer uavhengig av om pasienten har vært behandlet kort eller lang tid. Artikkelforfatterne mener at mange av disse studiene ble publisert før seponeringsreaksjonene var godt nok dokumentert og at konklusjonene i forsøkene derfor ikke kan vektlegges.

Hva skal vi så tro?

Artikkelen i BMJ reiser en rekke interessante spørsmål, både i forhold til bruken av antidepressiva spesielt, men også i forhold til kunnskapsgrunnlaget vårt generelt. Bruken av særlig SSRI er godt etablert i behandlingen av de deprimerede. Lures vi av effekten vi synes vi ser? Ville alt vi puttet i pasienten virket omtrent like godt? Det kan synes slik ut fra gjennomgangen av data som er gjort i denne artikkelen.

Samtidig viser studier på antidepressiva at det faktisk er en svært effektiv behandling. Noen studier viser over 50 prosent bedring hos pasientene som fikk antidepressiva, altså inkludert placeboeffekten. En høy prosent av pasientene som får antidepressiva blir bedre. Få andre behandlinger vi driver med kan vise til så gode resultater. Men hadde vi gitt pasientene sukkerpill, noe vi av etiske grunner ikke kan gjøre, hadde det altså sannsynligvis hatt nesten samme effekt – og spart samfunnet for milliarder og pasientene for såvel bagatellmessige som farlige bivirkninger.

En definisjon på placebo er «en psykologisk effekt ved bruk av legemidler (og enhver behandling), d.v.s. den delen av legemidlers virkning som ikke skyldes dets spesifikke effekt, men er et resultat av pasientens forventning» (Lerum). En annen måte å se det på er å se placebo som pasientens egne selvhelbredende krefter. I en behandlingsrelasjon gjør vi oss nytte av dette hele tiden.

I studier som undersøker effekt av antidepressiva vil oppfølging med samtaler være en del av behandlingen både i medikament- og placebogrupper. Mange vil hevde at antidepressiva ved dagens behandlingsopplegg ofte vil være en inngangsport for behandling og gjøre at pasienten får oppfølging som han/hun kanskje ellers ikke ville fått. Men kan vi forsvare bruken av et medikament fordi det er inngangsporten til noe som virker?

Temaet er et apropos til temaet for denne utgaven av Utposten, nemlig kunnskapsgrunnlaget for faget vårt. Mange legers kliniske erfaring er at SSRI virker bra på mange enkeltpasienter. Kanskje mangler vi gode nok forskningsmessige metoder til å fange opp dette. Metaanalyser med store forsøkspopulasjoner er et grovmasket garn som kan gjøre at variasjoner mellom undergrupper ikke fanges opp. Men det har, som nevnt, vært gjort mange forsøk på å finne undergrupper blant de deprimerede hvor antidepressiva virker spesielt godt, uten at det har lyktes å oppdrive overbevisende resultater.

Er da den kliniske erfaringen hos hver enkelt lege ingenting verdt i forhold til store metaanalyser og EBM? Problemet er at vi, når vi synes vi ser en effekt av en medisin, ikke kan vite om det er akkurat den kjemiske substansen som har virket. Hvis vi skal bruke erfaring med at det virker som argument for å beholde en behandling, er vi i samme kategori som fotsoneterapeuter og irisdiagnostikere. Hvor lenge skal vi beholde en behandling som ikke er stort bedre enn placebo i påvente av at vi får bedre forskningsmessige metoder til å fange opp det vi tror vi ser?

Dette blir vanskelig. For meg som lege blir dette et nesten eksistensielt spørsmål. Jeg vil hjelpe pasientene mine best mulig samtidig som jeg vil beholde min integritet faglig og forholde meg til forskningsbasert kunnskap. På den ene siden er det vanskelig å gå på akkord med gjeldende retningslinjer. Samtidig viser de placebokontrollerte studiene knapt noen signifikant effekt av den kjemiske substansen. Mange retningslinjer innen forskjellige medisinske områder har gjennom årene blitt forkastet da de ikke har vist seg å holde mål. Barn med otitis media fikk tidligere behandling med antibiotika på liberalt grunnlag – og ble friske. Etter hvert oppdaget man at de som regel blir like fort friske av seg selv – og retningslinjene ble endret. Et av de nyeste eksemplene er glukosamin ved arthrose, som nå ikke synes å virke som man trodde.

En kan undre seg på om noe bør skje med retningslinjene for depresjonsbehandling.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv?
Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Gunhild Felde. Kontakt henne på gunhild.felde@online.no

Personlig læreplan – en vei å gå?

AV TRINE BJØRNER OG SVERRE BORGEN

Spesialitetskomiteen i allmennmedisin har avholdt kurskomiteeseminar for fylkenes kurskomiteer i januar 2006. På dette seminaret var en av hovedsakene personlig læreplan i etterutdanningen for allmennpraktiserende leger.

Spesialitetskomiteen har som et av sine mandat å vurdere det faglige tilbudet og evt komme med nye forslag til endringer. Gjennom besøk til Danmark, Sverige og Storbritannia (1,2) har vi fått ideer til kvalitetsforbedringer i dagens utdanningssystem i Norge.

Kollega fra Hebridene, Robert Dickie som har jobbet med personlig læreplan for Royal College of General Practitioners, var foredragsholder på kurset.

Personlig læreplan

Personlig læreplan er en kollegabasert gjensidig veiledningstjeneste der man sammen med en kollega legger en plan for faglig utvikling og læring. Dette innebærer at man går gjennom sine kurs og valg av faglige aktiviteter med tanke på både å se sine sterke sider og å finne sine faglige huller.

Personlig læreplan er tenkt som en kvalitetsforbedring av kursplanlegging, en mulighet til å søke kunnskap man trenger mer av og en mulighet til å si nei takk til etterutdanningstilbud man egentlig ikke har behov for. Man tenker seg et frivillig eller obligatorisk system for denne kvalitetssikringen av etterutdannelsen. Danmark (3) har laget et gjennomtenkt og strukturert system for dette og vi ønsker å se nærmere på dette med tanke på bruk i Norge.

Trenger vi personlig læreplan?

Dagens system bærer preg av at døren er både høy og bred; man har mange valgmuligheter for å få sin videre- og etterutdanning (kurs, smågrupper, hospitering på sykehus, forskning, arbeid ved helserelaterte institusjoner etc.). Dette innebærer også en mulighet for «subspesialisering», slik at man ikke får dekket alle deler av den grunnmuren som alle allmennpraktikere må ha på plass for å fungere tilfredsstillende.

Gjennom arbeidet i komiteen med resertifisering av



Trine Bjørner

født 1953

Dr med., spes. allmennmedisin
Fastlege Bogstadveien legegruppe
Bistilling Seksjon for allmennmedisin UiO.



Sverre Borgen

(32) er utdannet ved Universitetet i Bergen og gikk ut i turnus sommeren 1998, har arbeidet som allmennpraktiker i Molde fra november 2000 og er for tiden ute i sideutdanning til spesialiteten i allmennmedisin ved nevrologisk avdeling i Molde. Han sitter som medlem i Spesialitetskomiteen i allmennmedisin.

spesialister i allmennmedisin ser vi at de fleste er flinke til å skaffe seg bredde i etterutdanningen og at de bruker flere av de muligheter som ligger i systemet for å skaffe seg spesialiteten. Det er imidlertid også en del eksempler på kollegaer som ikke skaffer seg den nødvendige bredde i etterutdanningen, men med dagens ordning har vi ingen muligheter for å avslå ny godkjenning for disse så lenge hovedkravene er tilfredsstillt.

Gjennomføring av personlig læreplan

Personlig læreplan er tenkt gjennomført sammen med en annen kollega innen allmennmedisin og da helst en som man ikke kjenner alt for godt. Man møtes en gang i året for å gå igjennom et behovsavdekkingskjema (skjema 1, se s. 28) og fylle ut en personlig læreplan (skjema 2 se s. 29) som er ment å skulle strekke seg over to år.

Behovsavdekkingskjema er fremkommet gjennom en av flere mulige måter å avdekke problemområder / manglende klinisk kunnskap på:

- Gjennomgang av kursbevis for de siste to år for å se hva en har kurset seg i.
- Auditskjema – et skjema hvor man i grove trekk fører opp ti påfølgende konsultasjoner hver dag i fem dager og påfører om man var fornøyd eller ikke fornøyd og evt på hvilke områder man følte at man hadde et forbedringspotensiale.
- Loggbok – et ark som ligger ved siden av deg på kontoret, hvor du noterer ned de vanskelige konsultasjonene og definerer i hvilken faglige kategori en trenger mer kunnskap.



PLP - behovsaftdækning (skema 1)

	Faglig kategori	Daglig praksis	Efteruddannelsesaktivitet	Selvtest	Undervisning forskning	Andet
Sundhedsfremme og sygdomsbehandling	A Alment og uspecifiseret					
	B Blod, bloddannende organer, lymfesystem					
	D Fordøjelsesorganer (Digestion)					
	F Øje (syn) (Fovea)					
	H Øre (Hørelse)					
	K Hjerter-karsystem (Kredsløb)					
	L Muskel-skeletsystem (Lokomotion)					
	N Nervesystem					
	P Psykisk					
	R Luftveje (Respiratorisk system)					
	S Hud (Skind)					
	T Endokrine, metaboliske forhold					
	U Urinveje					
	W Graviditet, fødsel, prævention (Women)					
	X Kvindelige kønsorganer (X-kromosom)					
	Y Mandlige kønsorganer (Y-kromosom)					
	Z Sociale forhold					
Management	1 Personale					
	2 Administration					
	3 Regnskab					
	I Kontakt og kommunikation					
	II Undervisning, kvalitetsudvikling og forskning					
	III Andet					

Din personlige læreplan - side 9

Andre aktiviteter som kan tenkes inn i personlig læreplan for å avdekke læringsbehov er:

- Multiple choice spørsmål (det finnes slike cd-rom'er for bruk i allmennpraksis og det er vist spesielt til ett i England fra The Royal College of General Practitioners).
- Pasienttilfredsundersøkelser.
- Simulerte pasienter (som kan gi verdifull feedback på kommunikasjonsferdigheter).

I den personlige læreplanen som fylles ut skal man definere minimum ett faglig område (fra ICPC) i hver tidsbolk (det som skal læres innen tre, seks, tolv måneder og innen to år), hvilken strategi en vil anvende for å skaffe seg denne kunnskapen, tidsskjema for å skaffe seg kunnskapen (innen to år), samt hva som er suksesskriterier / hva som vil vise at du har nådd ditt læringsmål.

Den tiden man bruker sammen med kollegaen er minimum to timer hvor man gjensidig forteller om registrering og hvor man føler man står nå. Begge må være forberedt til møtet og ha fylt ut skjemaer på forhånd. Etterpå fyller man ut behovsdekkingskjema og sin personlige læreplan. Etter ett år møtes man igjen og evt justerer kursen / reviderer den personlige læreplanen. Etter to år lager man en ny personlig læreplan.

Tanker fremover

Vi i spesialitetskomiteen ser i dag behovet for at vi har en bevisst holdning til vår etterutdanning. Ettersom godkjenningen av den enkelte legespesialist er delegert Legeforeningen kan det reise seg spørsmål knyttet til oppfatningen om faren for rollekonflikt / habilitetsproblemer. Legeforeningen ønsker fortsatt å kunne godkjenne egne spesialister i fremtiden og da har vi her god og tilgjengelig kunnskap over eget fagfelt og kan utvise kvalitet. Vi mener at innføring av personlig læreplan vil

Din personlige læreplan (skema 2)

Tid	Læringsmål		Strategi			Succes- kriterier
	Faglig kategori*	Specifikt emne	Personlige studier	Efteruddannelsesgruppe	Kursus	
< 3 mdr.	1. F.eks. K	f.eks. Incomp. Cordis		X		
	2.					
	3.					
< 6 mdr.	1.					
	2.					
	3.					
< 12 mdr.	1.					
	2.					
	3.					
< 2 år	1.					
	2.					
	3.					

* ifølge skema 1, A - III

Prioritér mindst et emne i hver tidsperiode, dvs. min. 4 emner

Dato _____

Personlig underskrift _____

Interviewers underskrift _____

Der er aftalt opfølgningsmøde:

Dato _____

være et godt kvalitetsforbedrende tiltak. Vi har satt i gang et pilotprosjekt hvor den danske modellen skal forsøkes ut i praksis blant noen av våre kolleger. Det blir spennende å se hvordan ordningen blir mottatt i Norge.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
trine.bjorner@medisin.uio.no

Litteratur:

1. Keighley B, Murray S. Guide to Postgraduate Medical Education. BMJ Publishing Group 1996.
2. Elwyn GJ. Professional and practice development plans for primary care teams
BMJ, 1998; 316: 1619 – 1620.
3. www.plo.dk;
4. Schon D. Educating the reflective practitioner. 1987 London, basic books.

Indikasjoner for henvisning til gastroskopi – noe nytt?

AV REIDAR FOSSMARK OG HELGE L. WALDUM



Reidar Fossmark

Medisinsk embetseksamen Universitetet i Oslo 1998, dr. med. NTNU 2004. Assistentlege gastroenterologisk seksjon, medisinsk avdeling St. Olavs hospital.



Helge L. Waldum

Medisinsk embetseksamen med innstilling Universitetet i Oslo 1971, dr. med. Tromsø 1980, Docteur d'état Paris 1993, Spesialist i indremedisin og gastroenterologi 1980, Professor i Tromsø fra 1980 og i Trondheim fra 1986. Seksjonsoverlege gastroenterologisk seksjon, medisinsk avdeling St. Olavs hospital.

Problemstillingen angående hvem og når man skal henvise til gastroskopi er aktualisert ved en nylig publisering i BMJ (1). I Storbritannia er det nå gitt ut nye retningslinjer for håndtering av pasienter med ikke tidligere utredet dyspepsi (2). Man foreslår her først gjennomgang av medikamenter som kan tenkes å forårsake dyspepsi, deretter livsstilsintervensjon, full dose protonpumpehemmer i en måned, «test and treat» av *Helicobacter pylori* og til slutt H2-blokker eller prokinetikum i 1 mnd, mellom hvert trinn skal det evalueres effekt av tiltaket. Det anbefales at pasienter som fortsatt har plager etter å ha gjennomgått alle trinn, og ikke har hatt alarmsymptomer som tilsa tidlig henvisning, skal henvises gastroskopi.

Vurdering av hvilke medikamenter som kan forårsake dyspepsi er i de fleste sammenhenger fornuftig og støttes fullt ut. Spørsmålet er hvorvidt man kan bruke flere måneder på å vurdere effekt av ulike syrehemmere, eradikasjon av *Helicobacter pylori* og hvor lenge dette vil forsinke diagnoser av betydning.

Nylig er det også publisert en prospektiv studie der man har funnet at dersom man begrenser seg til å gastroskopere pasienter med enten dysfagi, signifikant vekttap, alder over 55 år og med definerte alarmsymptomer, vil man diagnostisere 92 prosent av cancer (3). Spørsmålet blir som i andre sammenhenger når de resterende pasientene (åtte prosent i dette tilfellet) vil diagnostiseres og behandles.

Med ståsted i en gastromedisinsk seksjon på St.Olavs hospital i Trondheim ser vi helt opplagt en høyere andel av pasientene som har alvorlig benign eller malign sykdom i øvre gastrointestinaltractus enn man gjør i allmennpraksis.

Henvisningene sykehusene mottar sier imidlertid ofte lite om hvilke alarmsymptomer pasienten har og resultatene fra en studiesetting der man systematisk har eksaminert pasientene kan ikke uten videre overføres til norsk allmennpraksis. Det er med andre ord grunn til å tro at flere pasienter med alvorlig sykdom vil komme til forsinket diagnostikk enn angitt i studiene. Slik henvisningspraksis per i dag fungerer i området omkring Trondheim ser vi ikke grunn til å anbefale allmennpraktikere å gjøre større endringer i sine rutiner.

Dersom tilgangen til endoskopiske undersøkelser er rimelig god, kan man få en raskere avklaring som alle parter vil kunne profitere på. Pasienter med alvorlig sykdom vil ved gastroskopi kunne få en tidligere diagnose og behandling. Dessuten vil pasienter som ikke har alvorlig sykdom kunne få en avklarende undersøkelse og slippe unødige bekymringer. Til sist vil også fastlegen kunne føle seg tryggere i gjennomføring av symptomatisk behandling etter en endoskopi. Dette er forhold som ikke fremheves i slike studier.

Når det gjelder eradikasjon av *Helicobacter pylori* synes trenden å gå i retning av at man bør eradikere på et økende antall indikasjoner. Man har lenge visst at pasienter med ulcer duodeni eller ulcer ventriculi skal undersøkes for *Helicobacter pylori*. Anerkjennelsen av *Helicobacter pylori* som et carcinogen som fremmer utvikling av cancer ventriculi er heller ikke helt ny. De siste årene er det også kommet studier som indikerer at pasienter med endoskopisk non-ulcer dyspepsi også bør eradikeres for å hindre ulcer pepticum på et seinere tidspunkt (4). Det er altså ikke grunn til å fraråde serologiske tester for *Helicobacter pylori* slik mange gjør i norsk allmennpraksis, men det er grunn til å minne om at

funnt av *Helicobacter pylori* og forsøk på eradikasjon ikke bør resultere i at man ser an pasientens symptomer i for lang tid.

Vår anbefaling vil være som tidligere at man ved første gangs konsultasjon for dyspepsi tar opp en anamnese og spesielt fokuserer på medikamenter som kan forårsake dyspepsi. Videre bør det gjøres en klinisk status og det tas et enkelt sett blodprøver (Hb, SR, ferritin, lever- og galleprøver), samt *Helicobacter pylori* serologi. Dersom pasienten røyker bør man anbefale røykestopp, redusere overforbruk av alkohol og dersom pasienten har ekstrem arbeidsbelastning kan man anbefale en reduksjon av denne. Kostholds- endringer utover å holde seg borte fra mat pasienten har merket at forverrer plagene, er det liten grunn til. Medikamentelt kan man prøve antacida eller H₂-blokker, det kan avtales ny konsultasjon om for eksempel fire uker. Dersom pasienten fortsatt har plager bør man henvise til endoskopi av øvre gastrointestinaltraktus.

Ved dyspepsi hos en pasient som relativt nylig (siste ett til to år) har vært undersøkt med øvre endoskopi, vil man ikke anbefale henvisning til ny endoskopi i første omgang. Likevel skal man ved vedvarende plager (spesielt kvalme og oppkast) tenke på at man ved gastroskopi kan overse cancer ventriculi av scirrus-type. I slike tilfeller bør man gjøre en undersøkelse av en annen modalitet, f.eks CT abdomen og ny gastroskopi.

Prinsippet om diagnostikk forut for behandling bør gjelde også for dyspepsi. En bør huske på at endoskopi er relativt dyrere i andre land enn i Norge og at dette spesielt gjelder i USA. Økonomiske beregninger fra slike land gjelder derfor ikke i Norge og bør ikke brukes som rettesnor for norske forhold.

Referanser

1. Fox M, Forgacs I. Gastro-oesophageal reflux disease. BMJ 2006; 332:88-93.
2. www.nice.org.uk
3. Kapoor N, Bassi A, Sturgess R, Bodger K. Predictive value of alarm features in a rapid access upper gastrointestinal cancer service. Gut 2005; 54: 40-45.
4. Pietroiusti A, Luzzi I, Gomez MJ, Margrini A, Bergamaschi A, Forlini A, Galante A. *Helicobacter pylori* duodenal colonization is a strong risk factor for the development of duodenal ulcer. Aliment Pharmacol Ther. 2005; 7: 909-15.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
reidar.fossmark@ntnu.no

Ebixa®

memantin

- Verdt å huske!

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

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g: 1 g inneholder Mementinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann.

TABLETTER, filmdrasjerte 10 mg: Hver tablett inneholder Mementinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delestrek.

Indikasjon: Behandling av pasienter med moderat 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 legemiddelinnntak. 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 ettermiddag eller kvelden) anbefales. Fra den fjerde uken fortsettes behandlingen med en anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg daglig (1 tablett/20 dråper 2 ganger om dagen). Kan tas uavhengig av måltider. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance <40-60 ml/minutt/1,73 m²) anbefales maks. 10 mg.

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

Forsiktighetsregler: Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi, som har hatt tidligere episoder med krampeanfalle eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksamfetorfan 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 vegetarisk, eller stort inntak av syrenøytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med *Proteus* bacteria) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin endre reaksjonsevnen, slik at pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner. **Interaksjoner:** Effektene av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og

dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksamfetorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin inneberer en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydrokloriazid eller kombinasjonspreparater med hydrokloriazid er mulig. **Graviditet/Amning:** Overgang i placentar Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. 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 amning 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): Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine og somnolens. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gange. Øvrige: Trykthet. Anfall er rapportert svært sjeldent.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: I ett tilfelle av overdose (selvmordsforsøk) overlevde pasienten inntaket av opptil 400 mg memantin (oralt) med virkninger på sentralnervesystemet (rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, kramp, somnolens, stupor og bevissthetslathet) som gikk tilbake uten varige mén. **Behandling:** Bør være symptomatisk.

Egenskaper: Klassifisering: Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. **Virkningsmekanisme:** Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverring.

Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. **Absorpsjon:** Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. T_{max} oppnås etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakonsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner.

Proteinbinding: Ca. 45%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. Halveringstid: Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t_{1/2} på 60-100 timer. Total clearance (CL_{tot}) 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. **Metabolisme:** Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. **Utskillelse:** Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, og mer enn 99% utskilles renalt.

Oppbevaring og holdbarhet: Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **Pakninger og priser:** Dråper: 50 g 782,00. **Tabletter:** 30 stk. 527,30, 50 stk. 790,40, 100 stk. 1546,40.

Sist endret januar 2006.
Basert på godkjent SPC november 2005.

Referanser:

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

H. Lundbeck A/S
Strandveien 15
Postboks 361
N-1312 Lysaker
Tel +47 91 300 800
Fax +47 6753 7707
www.lundbeck.no

www.ebixa.com



«Den siste utvei» – ny fedmeoperasjon for de mest overvektige

AVDELINGSOVERLEGE ROBIN GAUPSET INTERVJUET AV JANNIKE REYMERT

Vi har fått med oss hvordan de har det, pasientene fra tidligere tiders fedmeoperasjoner. Få av oss fristes til å anbefale våre mest overvektige pasienter kirurgiske løsninger av fedme problemet deres. Nå har kirurgene tatt i bruk en ny metode, men fremdeles sitter skepsisen langt inne: å tukle med folks mage-tarmtraktus må vel skape like mange (eller flere?) problemer som de løser? Utposten har likevel valgt å gi kirurgene en sjanse, la dem få presentere operasjonsmetoden sin, ny kunnskap om hva metoden egentlig går ut på kan jo endre vårt syn på saken!

Avdelingsoverlege Robin Gaupset stiller gjerne opp til et intervju, ikke minst for å avlive myten om at dette er nok et uttrykk for at operasjonskåte kirurger nå herjer fritt i buken til våre mest overvektige pasienter. Robin Gaupset er spesialist i gastrokirurgi på Sykehuset Namsos. Sykehuset er et lite sykehus som dekker akuttbehovet til ca 40000 nordtrøndere. Sykehuset har satset offensivt for å gjøre det attraktivt for kirurger å jobbe på et så lite, perifert sykehus ved å la de yngste utdanne seg innen laparoskopisk kirurgi og i dag er sykehuset i front på dette området. Samarbeidet innad i Helse Midt-Norge går knirkefritt og med velsignelse fra «storebror» St. Olavs hospital dekker de norddelen av regionen på dette feltet.

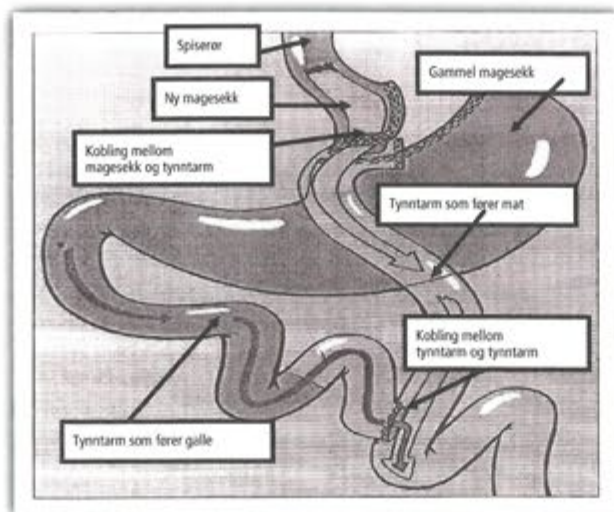
UTPOSTEN: Kan du fortelle litt om den nye metoden dere har tatt i bruk på fedmeoperasjoner?

RG: Gastric bypass (GBP) er en operasjon som foretaes laparoskopisk ved at man kobler ut en stor del av magesekken samt tolvfingertarmen ved å sy en liten del av magesekken direkte på tynntarmen. (Se bildet, red. anm.). Dette tvinger pasientene til å spise mindre porsjoner mat samt at matvarer med høyt fett- og sukkerinnhold tolereres relativt dårlig og pasienten dermed foretrekker et sunnere kosthold. Denne metoden er derfor mer fysiologisk enn tidligere ti-

ders tynntarmshunting eller banding av magesekken og er i ferd med å bli førstehandsvalg på alle norske sykehus selv om den bare er brukt her i landet i to år. I USA opereres ca 100000 pasienter med denne metoden årlig og amerikanerne holder på at denne metoden har minst komplikasjoner og dessuten mest varig effekt. I USA er snart 25 prosent av innbyggerne (altså 50 millioner mennesker!) kvalifisert for operativt inngrep etter WHO's kriterier. I Norge har vi i løpet av de siste ti årene hatt den samme negative vektutvikling som de har brukt tredve år på i USA. Tro det eller ei: Det er ikke lenge før vi tar dem igjen!

UTPOSTEN: Hvilke pasienter tilbyr dere denne operasjonen?

RG: Vi følger internasjonale inklusjonskriterier der pasientene må være mellom 18 og 60 år og ha en BMI over 40, eventuelt 35 ved komorbiditet (hypertoni, diabetes mm) som har vært tilstede i minst tre år. Pasientene må ha prøvd strukturerede slankeprogrammer uten å lykkes, være psykisk stabile uten rusmisbruk og de må ikke lide av ube-





handlete endokrine lidelser. Det er svært viktig for oss å sikre oss at pasienten forstår at den kirurgiske delen av behandlingstilbudet bare er en liten del av et større, tverrfaglig behandlingstilbud for å hjelpe pasienten til å mestre den livsstilsendringen som må til for at dette skal lykkes. De må også forstå at et kirurgisk inngrep kan ha uheldige sidevirkninger som de må leve med etter det operative inngrepet.

Jeg vil på det sterkeste understreke at dette er et tverrfaglig behandlingstilbud. Både i utredningsfasen, i forbindelse med inngrepet og ikke minst i etterforløpet har vi koblet inn ernæringsfysiolog, fysioterapeut, psykolog og indremedisiner som samarbeider tett for å sikre at «de rette pasientene» får dette tilbudet og at de så får så godt tilbud som mulig. Det kirurgiske inngrepet er faktisk bare som et «dytt i ryggen» for å nå målet med varig BMI under 30.

UTPOSTEN: *Noen norske overvektspasienter sendes til Ebeltoft i Danmark og får der et strukturert slanketilbud over mange uker. Har man sammenliknet resultatet av disse behandlingstilbudene med GBP?*

RG: Den såkalte Ebeltoftmodellen har gode resultater, men det viser seg at de aller fleste pasientene ikke klarer å holde på vektreduksjonen over år. Jeg tror disse behandlingstilbudene svikter fordi de ikke har tett nok oppfølging. Det et faktum at ingen ikke-operative metoder har vist varig vektreduksjon for pasienter med utgangsverdi BMI over 40.

Studier fra USA viser at også pasienter som er operert med GBP går opp i vekt etter fem år, og igjen tror jeg det er manglende oppfølging som forårsaker dette. I vår modell tenker vi derfor at pasienten må ha livslang oppfølging. Vi var faktisk de første i landet med å lage et gruppebasert oppfølgingstilbud til våre pasienter! Kanskje kan de fungere autonomt etter en tid. Vi vet nemlig at mange av disse pasientene med sitt skjebnefellesskap har tett kontakt med hverandre og føler stor trygghet i å holde kontakten med dem som «forstår dem best» – medpasientene!

UTPOSTEN: *Livslang oppfølging – det høres ambisiøst ut! Hvem skal stå for denne delen av behandlingen?*

RG: Vi mener at håndtering av fedme er et nasjonalt problem som krever at kommunene tar mer fatt i befolkningens helseproblemer. Vi prøver nå å etablere et samarbeide med kommunene fordi sykehuset ikke har kapasitet til dette når årene går og vi etter hvert får mange GBP-opererte i distriktet. Igjen viser dette at samarbeide er nødvendig får å få til et helhetlig tilbud til disse pasientene. Kommunene bør forresten også på banen for å forebygge så alvorlig overvekt at pasientene må tilbys operativt inngrep. Det er med forebygging vi har mest å hente!

UTPOSTEN: *Hvilke resultater kan pasienten så forvente av dette behandlingstilbudet?*

RG: Pasientene taper ca to tredjedel av sin overvekt det første året etter det operative inngrepet. Ti prosent får kom-

plikasjoner som krever fornyete kirurgiske inngrep og dødeligheten er på en prosent. Med denne metoden blir ingen pasienter for tynne i motsetning til banding-metoden hvor det var en reell komplikasjon.

UTPOSTEN: *Overvekt rammer ikke tilfeldig, det er vel mye psykisk lidelse gjemt bak alle kiloene hos mange overvektige? Hva gjør dere med denne delen av lidelsen?*

RG: Vi vet at over 50 prosent av de alvorlig overvektige har en psykisk lidelse, mange har opplevd overgrep i yngre år og sliter med mye skam- og skyldfølelse som de «gjemmer» i sine overflødige kilo. Om personlighetsproblematikk kan sies å være «årsak» til overvekt er vanskelig å si, men man kan vel på mange måter se på alvorlig overvekt som en spiseforstyrrelse. Ca femti prosent av våre pasienter blir vurdert av psykolog før inngrepet, men få blir avvist på grunn av psykiske problemer. Noen får psykiske problemer i etterkant av det operative inngrepet, det kan være tøft å se sitt eget speilbilde endre seg så radikalt på kort tid, selv om det jo egentlig er en ønsket endring! Få pasienter får mer alvorlige psykiske problemer etter det operative inngrepet.

UTPOSTEN: *Hvilken rolle skal allmennlegen ha i dette opplegget?*

RG: Vi er avhengige av gode henvisninger der hele pasientens sykehistorie kommer frem. Misbruksproblematikk og psykiske vansker kjenner jo dere mye bedre til enn oss, og slike forhold kan ha stor betydning for forløpet i utredningen. Det kan f.eks være at pasienter presser på for et operativt inngrep der dere mener pasienten ikke vil tåle det krevende opplegget vi tilbyr. Da er det svært viktig med en ærlig henvisning der fakta legges fram sammen med allmennlegens vurdering av situasjonen.

Vi ønsker også at allmennlegen er informert om hva behandlingen går ut på, hva som kreves av utredning og ikke minst oppfølging i etterkant av operasjonen slik at fastlegen kan ta hånd om eventuelle forhold som dukker opp hos dem som har gjennomgått dette opplegget.

UTPOSTEN: *Dere er nå i en oppbyggingsfase, hvordan ser fremtiden ut på dette feltet?*

RG: I år skal vi operere ca seksti pasienter fra Nord-Trøndelag (som har et innbyggertall på ca 100 000). Det vil nok være mange pasienter som henvises den første tida, så kommer vi vel inn i en steady-state-situasjon med noe mindre operasjoner pr år. På den andre siden øker jo antall overvektige kraftig i Norge som i Vesten for øvrig, så hva som er situasjonen om ti til tjue år kan jeg ikke si. Det er jo opplagt at man på nasjonalt plan snarest bør ta tak i overvektsepidemien for å forhindre at så mange trenger et operativt inngrep, men det er vel ikke en jobb vi kirurger skal utføre!

Avslutningsvis vil jeg si at vi er stolte av det vi har oppnådd. Vi har fått til et svært godt tverrfaglig tilbud som gjør at pasientene føler at de treffer mange som bryr seg om dem og deres problemer. Vi legger vekt på å se helheten i pasientens lidelse og liv, og har som mål å lage et unikt tilbud både på nasjonalt og internasjonalt plan. Som ledd i oppbyggingen av et helhetlig behandlingstilbud til disse pasientene satser vi nå på å tilby ulike plastiske operasjoner for å gi pasienten en kropp som passer til deres nye kroppsvekt. Det er ikke bare buk- og mammapastikk som da er aktuelt, for disse pasienter vil ofte ha betydelige mengder overflødig hud på armer, rygg, lår og i natesområdet. Disse er ofte så omfattende at plastiske operasjoner ikke kan anees som kosmetiske inngrep, men som nødvendige operasjoner for at pasientene skal klare å opparbeide god nok selvfølelse til å oppleve at de har fått et godt totaltilbud fra oss.

Vi legger ikke skjul på at vi har fått til dette takket være stor lokal entusiasme. Størrelsen på sykehuset vårt har nok også en del av æren for dette, et så lite sykehus kan tillate seg å være mer fleksibelt enn de store sykehusene og det har gjort at vi på kort tid har klart å bygge opp et nytt behandlingstilbud. Jeg tror at denne «nisekirurgien» er svært viktig for å bevare små lokalsykehus som vårt. Vi har også klart å etablere et godt samarbeidsklima med St. Olavs hospital som selv ser nytten av at flere kirurger i helseforetaket behersker ulike laparoskopiske teknikker. For mange tilstander er dette beste behandlingstilbudet vi kan gi våre pasienter. For oss er det en tillitserklæring at helseforetaket legger forholdene til rette for en så desentralisert kompetanseheving.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Jannike Reymert. Kontakt henne på jannike.reymert@ntebb.no



Kvinnene velger Levonova fremfor sterilisering

Skal, skal ikke steriliseres? Mange kvinner blir ikke presentert for et reelt alternativ til det drastiske og irreversible inngrepet.

Hvis kvinnene som valgte sterilisering hadde fått tilbud om et skånsomt og reversibelt alternativ, ville over halvparten velge det i stedet ¹.

Like sikkert som sterilisering ^{2,3}

Hormonspiralen Levonova er like sikker som sterilisering -og langt sikrere enn en kobberspiral. Fertiliteten gjenvinnes så snart Levonova er fjernet ^{2,3}.



Levonova®
levonorgestrel 20µg/24 timer

Vind i seilene for allmennmedisinen

AV KARIN FRYDENBERG

Gode nyheter fra allmennlegene på Soria Moria i den første uka i mai!

Sola skinte og varmet. Det dampet fra granskogen der en elg tittet opp på oss som hadde forhandlinger på Soria Moria og understreket den positivt forventningsfulle stemningen som rådet under de to dagene med drøftinger om organisasjonen av de allmennmedisinske foreninger.

Fagforeningen, Aplf har fått ny drakt og nytt navn og heter nå Allmennlegeforeningen. NSAM og Aplf's fagutvalgt har lagt seg ned og en ny fagmedisinsk forening har stått opp; Norsk forening for allmennmedisin.

Gamle feider er bilagt. Fagmedisin og fagforening vandrer nå videre hånd i hånd. «De tre musketerer» (Gisle Rokhsund, Trond Egil Hansen, Jan Emil Kristoffersen) og deres sekretær (Kjell Maartmann-Moe) har stått i spissen for slutføringen av prosessen, som har født dette strålende barn. De ble behørig æret.

Et styre ble valgt til den nye Norsk forening for allmennmedisin og alle pustet lettet ut. Den største fagmedisinske foreningen i Legeforeningen er grunnlagt.

Vi har med dette fått to foreninger som har forpliktet seg til et nært samarbeid om fagmedisin og fagforening slik at vi får fagutvikling i tråd med allmennmedisinsk hverdag og faglige utfordring, og faget blir gitt den rette mulighet for kvalitet og utvikling i arbeidsbetingelsene.



Norsk forening for allmennmedisin ved leder og nestleder, Gisle Rokhsund og Trond Egil Hansen og Allmennlegeforeningen ved leder Jan Emil Kristoffersen.

Nytt styre i Norsk forening for allmennmedisin; f.v. Morten Laudal (vara), Gisle Rokhsund (leder), Trond Egil Hansen (nestleder), Marit Hermansen, Helen Brandstorp, Ståle Onsgård Sagabråten, Trine Bjørner og Karsten Kehlet. Ikke på bilde: Marte Kvittum (vara) og Arnfinn Seim (vara).





De kalte seg de tre musketerer, her får de litt assistanse under festmiddagen.

Feststemt leder av ny fagmedisinsk forening.



Inspra Pfizer

Aldosteronantagonist. AIC-de: C3D A04
TABLETTER, filmdragerter 25 mg og 50 mg: hver tablett inneholder: Eplerenon 25 mg, resp. 50 mg, laktose, hjelpestoffer. Farvestoff, gult og rødt jernoksid (E 172), titandisid (E 171).
Indikasjoner: Som tillegg til standardbehandling, inkl. betablokkere, for å redusere risikoen for kardiovaskulær mortalitet og morbiditet hos pasienter med stabil venstre ventrikulær dysfunksjon (LVEF <40%) og klinisk påvist hjertesvikt etter nylig gjennomgått hjerteinfarkt.
Dosering: Anbefalt vedlikeholdsdose er 50 mg 1 gang daglig. Behandlingen bør startes med 25 mg 1 gang daglig. Titreses til 50 mg 1 gang daglig, fortrinnsvis i løpet av 4 uker, basert på serumkaliumnivå (se tabell). Behandlingen bør varieres innen 3-14 dager etter akutt hjerteinfarkt. Serumkaliumnivå bør måles før oppstart, i løpet av første behandlingsuke og 1 måned etter behandlingsstart eller dosejustering. Serumkaliumnivået bør deretter følges periferende eller behøver. Etter oppstart bør dosen justeres basert på serumkaliumnivået som vist i tabellen.

Serum kalium (mmol/l)	Tiltak	Dosejustering
< 5.0	Øke	25 mg annenhver dag til 25 mg 1 gang daglig 25 mg 1 gang daglig til 50 mg 1 gang daglig
5.0 - 5.4	Vedlikeholde	Ingen dosejustering
5.5 - 5.9	Redusere	50 mg 1 gang daglig til 25 mg 1 gang daglig 25 mg 1 gang daglig til 25 mg annenhver dag 25 mg annenhver dag til midlertidig opphold
≥ 6.0	Midlertidig opphold	25 mg annenhver dag når kaliumnivået har sunket til under 5 mmol/liter

Barn og ungdom: Ikke anbefalt pga. manglende data. Eldre: Ikke behov for initial dosejustering. Pga. redusert nyrefunksjon med økende alder, øker risikoen for hyperkalemi. Risikoen kan ytterligere øke ved samtidig sykdom som er assosiert med økt systemisk eksponering, spesielt mild til moderat redusert leverfunksjon. Nedsett nyrefunksjon: Ingen initial dosejustering er nødvendig ved svak nedsett nyrefunksjon. Nedsett leverfunksjon: Ingen initial dosejustering er nødvendig ved mild til moderat leverfunksjon. Ved samtidig behandling med mild til moderat CYP 3A4-hemmere, f.eks. amiodaron, diltiazem og verapamil, kan en starte med 25 mg 1 gang daglig og denne dosen bør ikke overses. Eplerenon kan tas med eller uten mat. Kontraindikasjoner: Serumkalium >5 mmol/liter ved oppstart. Moderat til alvorlig nyresvikt (kreatininclearance <30 ml/minutt). Alvorlig leversvikt («Child-Pugh» klasse C). Samtidig behandling med kaliumsparende diuretika, kaliumtilskudd eller sterke CYP 3A4-hemmere (f.eks. itraconazol, ketokonazol, ritonavir, nefinavir, klaritromycin, telitromycin og nefazodon). Overfølsomhet for eplerenon eller et eller flere av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler: Hyperkalemi: Kan gi hyperkalemi. Serumkalium bør følges ved behandlingsstart og ved doseendring. Periodisk monitorering anbefales hos pasienter med risiko for utvikling av hyperkalemi, spesielt (eldre) pasienter med nyresvikt og med diabetes. Dosejustering av eplerenon har vist å redusere serumkaliumnivået. I en studie hvor hydrokortisid ble gitt i tillegg til eplerenon ble økningen i serumkalium oppveid. Nedsett nyrefunksjon: Kaliumnivået bør kontrolleres regelmessig ved nedsett nyrefunksjon, inkl. diabetes mikroalbuminuri. Risikoen for hyperkalemi øker med avtagende nyrefunksjon. Det er observert økt forekomst av hyperkalemi hos pasienter med type 2-diabetes og mikroalbuminuri. Disse pasientene bør derfor behandles med forsiktighet. Eplerenon finnes ikke ved hemodialyse. Nedsett leverfunksjon: Det er ikke observert økning i serumkaliumnivå >5.5 mmol/liter ved mild til moderat nedsett leverfunksjon («Child-Pugh» klasse A og B). Elektrolyttbalansen bør midlertidig følges. Bør ikke brukes av pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-/galaktosemalabsorpsjon. Eplerenon gir ikke søvnighet eller nedsett kognitiv funksjon, men ved biljåring eller bruk av maskiner bør en være oppmerksom på at svimmelhet kan oppstå.

Interaksjoner: Se kontraindikasjoner. Bør ikke brukes samtidig med kaliumsparende diuretika og kaliumtilskudd pga. økt risiko for hyperkalemi. Kaliumsparende diuretika kan øke effekten av antihypertensive midler og andre diuretika. Livsmessig rapportering er rapportert ved samtidig bruk med diuretika og ACE-hemmere, og samtidig administrering av litium bør derfor unngås. Dersom likevel nødvendig, bør plasmakonsentrasjonen av litium følges. Samtidig bruk av citalopram og tolacimil bør unngås pga. økt fare for nedsett nyrefunksjon og hyperkalemi. Dersom likevel nødvendig, er nyre oppfølging av serumkalium og nyrefunksjon anbefalt. Behandling med NSAIDs kan føre til økt nyresvikt ved direkte påvirkning av glomerulær filtrasjon, særlig hos risikopasienter (eldre og/eller dehydrerte). Ved samtidig bruk må pasienten sikres tilstrekkelig hydrering, og nyrefunksjonen må kontrolleres før behandlingsstart. Samtidig bruk av trimetoprim øker risikoen for hyperkalemi. Serumkalium og nyrefunksjonen bør følges, særlig ved nedsett nyrefunksjon og hos eldre. Forsiktighet bør utvises ved samtidig administrering av ACE-hemmere eller angiotensin-II-reseptorantagonister. Kombinering med disse legemidlene kan føre til økt risiko for hyperkalemi ved risiko for nedsett nyrefunksjon. Leds. eldre. Nye opplysninger av serumkalium og nyrefunksjon er anbefalt. Klinisk oppfølging mht. postural hypotensjon er anbefalt ved samtidig behandling med anti-trombotika. Samtidig administrering av trykkløse antidepressiva, neuroleptika, amfetamin eller bikkelen kan potensielt øke den antihypertensive effekten og risikoen for postural hypotensjon. Samtidig administrering av glukokortikoider eller tetrasyklid kan potensielt nedsette den antihypertensive effekten (natrium- og væskeretensjon). Systemisk eksponering (AUC) for digoksin øker med 16% ved samtidig bruk av eplerenon. Forsiktighet må utvises når digoksin doseres nær øvre grense for terapeutisk område. Det er ikke observert klinisk signifikante farmakokinetiske interaksjoner med eplerenon. Interaksjoner kan oppstå ved samtidig bruk av CYP 3A4-hemmere. En sterk CYP 3A4-hemmer (ketokonazol 200 mg 2 ganger daglig) har vist en økning i AUC på 441% for eplerenon. Samtidig administrering med mild til moderat CYP 3A4-hemmer (erytromycin, saquinavir, amiodaron, diltiazem, verapamil og flukonazol) har ført til økning i AUC fra 98% til 187%. Pga. muligheten for redusert eplerenoneffekt er samtidig bruk av sterke CYP 3A4-indusere (rifampicin, karbamazepin, tenipon, fenobarbital, johannesurt) ikke anbefalt. Det er ikke forventet signifikante interaksjoner når antacida gis sammen med eplerenon.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra bruk til graviditet er utilstrekkelig. Dyreforsøk har ikke avdekket direkte eller indirekte bivirkninger relatert til graviditet, fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Forsiktighet bør utvises ved forstyrrelse til gravide. Overgang i morsmelk: Ukjent. Amningen eller behandlingen med legemidlet bør derfor stoppes.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Diaré, kvalme. Metabolske: Hyperkalemi. Neurologiske: Svimmelhet. Sirkulatoriske: Hypotensjon. Urogenitale: Unormal nyrefunksjon. Mindre hyppige: Blod: Eosinofili. Gastrointestinale: Flatulens, oppkast. Hud: Hudkløe, økt sveisetoleranse. Luftveier: Faryngitt. Metabolske: Dehydrering, hyperkolesterolem, hypoglykemi, hyponatremi. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, leggkramper. Neurologiske: Hodepine. Psykiske: Senilhet. Sirkulatoriske: Atrieflimmer, hjerteinfarkt, venstresidig hjertesvikt, postural hypotensjon, arteriell leggtrombose. Øvrige: Asteni, ubehag, pyrexia. Laboratorieverdier: Økt aminotransferase og kreatinin.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Ingen rapporterte tilfeller av overdosering. Mest sannsynlige tegn på overdosering antas å være hypotensjon eller hyperkalemi. Behandling: Kan ikke fjernes ved hemodialyse. Eplerenon har vist seg å binde godt til medisinisk kull. Ved symptomatisk hypotensjon bør støttende behandling startes. Ved hyperkalemi bør behandling initieres.

Egenskaper: Klassifisering: Aldosteronantagonist. Virkningsmekanisme: Har en relativ selektivitet mht. binding til humane mineralokortikoidreseptorer, sammenlignet med binding til humane glukokortikoid-, progesteron- og androgenreseptorer. Har vist seg å gi vedvarende økning i plasmareisin og serumaldosteron, pga. hemming av den negative aldosteronreguleringen av reninsekresjonen. Den akutte plasmareisningsvirkningen og det sekundære aldosteronnivået overstiger likevel ikke effekten av eplerenon. Absorpsjon: Absolutt biotilgjengelighet er ukjent. Maks. plasmakonsentrasjon nås etter ca. 2 timer. Både C_{max} og AUC er proporsjonal med dosen fra 10-100 mg og mindre enn proporsjonal for doser >100 mg. «Steady state» nås innen 2 dager. Absorpsjonen påvirkes ikke av mat. Proteinbinding: Ca. 50%, hovedsakelig bundet til albumin- og glykoproteiner. Fordeling: Distribusjonsvolum: Ca. 50 (±7) liter. Bindes fortrinnsvis ikke til røde blodceller. Halveringstid: Ca. 3-5 timer. Plasmaclearance: Ca. 10 liter/time. Metabolisme: Hovedsakelig via CYP 3A4. Ingen aktive metabolitter er identifisert i plasma. Mindre enn 5% av dosen gjenfinnes uendret i urin og feces. Utskillelse: Ca. 32% av dosen utskilles i feces og ca. 67% i urinen.

Pakninger og priser: 25 mg: Endose: 30 stk. kr 675,50, 100 stk. kr 2153,70. 50 mg: Endose: 30 stk. kr 672,50, 100 stk. kr 2153,70.

Refusjon: Ved oppstart av behandling for ukomplicert hypertensjon (ikke hypertensiv organskade, urinsyregikt, nedsett glukosetoleranse eller ubehandlet diabetes) skal tiadid eller tiadid i fast kombinasjon med kaliumtilskudd eller kaliumsparende legemiddel prøves først. Andre legemidler mot hypertensjon kan amendes som første valg dersom tiadid av medisinske årsaker ikke kan brukes. Årsaken til at tiadid ikke kan brukes skal angis i journalen. Refusjonen er indikasjonsspesifikk og refusjon omfatter kun behandling med eplerenon som tillegg til standardbehandling, inkludert betablokkere, for å redusere risikoen for kardiovaskulær mortalitet og morbiditet hos pasienter med stabil venstre ventrikulær dysfunksjon (LVEF <40%) og klinisk påvist hjertesvikt etter nylig gjennomgått hjerteinfarkt. Refusjon av legemidlet er begrenset oppad inn til 6 måneders behandling. - Innpas refunderes kan etter resept fra sykehus.

Sist endret: 02.05.2006



Partner for bedre helse

Pfizer AS - www.pfizer.no

De viktige maidagene på Soria Moria ble avsluttet med en festmiddag. Professor ved Institutt for samfunnsmedisin i Bergen og forfatter av læreboka i allmennmedisin, Steinar Hunskaar, holdt en festtale som var festdagene verdig. Utposten har fått hans tillatelse til å trykke talen i sin helhet slik at enda flere kan få muligheten til lese og glede seg over den.

Festtale 5.5.2006 på Soria Moria

for Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin

AV PROFESSOR STEINAR HUNSKÅR

Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

Kjære vener i og av allmennmedisin!

Å ha festmiddag høyrer generalforsamlingar og årsmøter til. Å behandle saker med prosaiske overskrifter som Organisasjonssaka og Ny struktur i legeforeningen likeså. Men sakslistene inneheld denne gang også ord som overføring av ansvar, lovendring og endatil oppløysing. Om ikkje vi kan kalle det allmennmedisinens Soria Moria erklæring, så er det i allefall like ved der Oddvar Brå brakk staven! Da vert det spesielt, ja så spesielt at dei fleste av oss for all framtid vil minne kvarandre om, skryte av eller litt nedlatande kommentere til andre; Eg var på Soria Moria 5. mai 2006, da det skjedde.

Og for å karakterisere kva dette handlar om, må eg gjere noko så politisk ukorrekt som å sitere president George Bush, rett nok senior, som etter å ha vunne presidentvalet første gong starta talen sin med:

«Fellow Americans, the rules have been changed!»

Allmennlegar, vi har starta på ein ny æra!

Det finst ei historie, det finst ei utvikling, det finst ein kontekst. Dette vil andre ta seg av, både skapryddarar og museumsvaktarar. Eg vil *berre* sjå framover. Og for igjen å gå til Amerika, denne gong til buksefabrikanten Levis:

«Quality never goes out of style!»

Fag og kvalitet i alle ledd er eit vinnarkonsept. Og vi må starte umiddelbart medan vi enno er i rusen. Camilla Collett seier det så treffande; «Den som er lukkeleg, kan ikkje stå tidleg nok opp om morgonen.» Vi skal vidareføre dei kollektive visjonane våre om allmennmedisinen som basis i helsetenesta, med høgt servicenivå, med tenester som er godt fagleg funderte og som gjev helsegevinst for pasientane. Og med kompetente yrkesutøvarar, stolte av sin profesjon.

Skal dette lukkast må vi ha ein annan spydspiss. Yrkesforeninga. Vi treng ei like kompetent og oppegående yrkesforening som arbeider for rammene for allmennmedisinsk praksis og økonomi, som arbeider med rekruttering og som ivaretek interessene våre på mange viktige arenaer. Begge foreningane bør vere interessante og spennande organisasjonar å arbeide i for allmennlegar med lyst og overskot til å



gjere ein innsats for fellesskapet. Eg oppfordrar særskilt våre yngste kollegaer av begge kjønn om å vere positive til verv. Det er ein flott måte å komme inn i faget på og å treffe fagfeller.

Eg ser at utfordringane står i kø i åra som kjem. Det vert frisk bris enkelte gongar, men vi er ikkje i ein situasjon med motvind frå alle kantar. Tvert om er det av og til mistenkeleg vindstille, *det* er ikkje ein god situasjon for den som vil segle mot målbøya.

Regjeringa si Soria Moria erklæring er kjemisk fri for fastlegeordning og allmennmedisin, eit sensitivt teikn på at eigaren er fornøgd. Men diverre eit spesifikt teikn på at ein da heller ikkje treng interessere seg.

Fastlegeordninga med lege-pasientkontrakt og portnarrolle er ein postmoderne anomali. Ei ordning i utakt med tidsånda. Den vil berre overleve så lenge vår visjon om at dette er ei god fagleg ordning både for oss, for pasientane og samfunnet, er i samsvar med dei andre sine oppfatningar.

Eg tillet meg difor å presentere tre dikotomiar vi må arbeide innanfor spennvidda av, i tida framover. Noko av dette krev manøvreringskunst av ypperste klasse.

Den første er mainstream versus avantgarde.

Vi kan ikkje ha ein allmennmedisin som fagleg sett er på sida av eller heng etter resten av helsetenesta. Vi må vere oppdaterte, endre oss, og tilfredsstillte krava om auka tilgjengelighet, og mindre faglege forskjellar. Det er naturlege krav til oss. Men vi er også eit fag som har sett nye trendar *før* mange andre, enten det gjeld verdiar som kontinuitet og pasientsentrert metode, klinisk epidemiologi og EBM, helsetenesta sine begrensingar eller medikaliseringa sin pris. Vi må framleis halde oss med medisinske fortroppar og fanebærarar.

Størst vekt og påverknad får også dei når vi elles skyttar vårt faglege ansvar tilfredsstillande. Vi må med stor styrke hevde våre meiningar, delta i viktige diskusjonar og forlange plass der beslutningar om oss blir tatt, og dermed bidra til gode svar på faget sine eigne premissar. Vi skal vere syn-

Levonova®
levonorgestrel 20µg/24 timer

Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G03A C03
Intrauterint innlegg 20µg/24 timer Hvert intrauterine innlegg inneh.: Levonorgestrel 52 mg, jernoksid (E172), const. q.s.
Indikasjoner: Antikonsepsjon. Idiopatisk menoragi. Beskyttelse mot endometrie-hyperplasi under substitusjonsbehandling med østrogen.
Dosering: Settes inn innen 7 dager etter påbegynt menstruasjon. Bytte til nytt innlegg kan gjøres under hele syklus. Kan også innsettes i forbindelse med abortingrep i 1. trimester.
Etter fødsel ventes minst 6 uker for innsetting. Dersom preparatet brukes til beskyttelse av endometriet under substitusjonsbehandling med østrogen, kan innsettingen skje når som helst hvis kvinnen er blodningsfri, i andre tilfeller i løpet av de siste dagene av menstruasjonen eller bortfallsblødningen. Livmorinnlegget skal fjernes/byttes etter 5 år.

Kontraindikasjoner: Konstatert eller mistenkt graviditet. Nåværende eller tilbakevendende underlivsinfeksjon. Cancer i uterus eller cervix. Udiagnostisert unormal uterin blødning. Medfødt eller ervervet uterin anomali, inklusive myomer dersom de påvirker livmorhulen. Tilstander som øker faren for infeksjoner. Levertumorer. Overfølsomhet for noen av komponentene i preparatet.

Forsiktighetsregler: Før innsetting foretas en grundig generell og gynekologisk undersøkelse inkl. mammaeundersøkelse, cervixutstryk samt grundig familieanamnese. Graviditet, seksuelt overførbare sykdommer og genital infeksjon må utelukkes. Ny legekontroll bør skje 4-12 uker etter innsetting, og deretter 1 gang hvert år. Kan nedsette glukosetoleransen og diabetikere bør stå under legekontroll.

Hos pasienter med hjerteklaffdefekter må ev. antibiotikaprofylakse gis ved innsetting for å hindre endokarditt. Livmorinnlegget må fjernes hvis kvinnen får tilbakevendende endometrit eller underlivsinfeksjoner eller dersom en akutt infeksjon ikke lar seg behandle innen få dager. Pasienter bør overvåkes ved pågående leversykdom, epilepsi eller konstatert eller mistenkt hormonavhengig neoplasia inklusive brystkreft. Innlegget må også fjernes dersom livmorveggen perforeres (f.eks. ved innsetting). Menstruasjonsforstyrrelser som oligomenoré og amenoré bør utredes. Spesielt viktig er det å være klar over at blødningsforstyrrelser, særlig ved samtidige underlivssmerter, kan bety ekstrauterin graviditet. Ved ev. graviditet skal livmorinnlegget fjernes umiddelbart (se Graviditet/Amning). Livmorinnlegget kan støtes ut uten at kvinnen merker det. Symptomer på delvis eller fullstendig utstøtning kan være økt blødning eller smerte. Delvis utstøtning reduserer den antikonsepsjonelle effekten.

Interaksjoner: (I: = steroider)

Graviditet/Amning: Se kontraindikasjoner. Overgang i placenta:

Innlegget skal ikke brukes under pågående eller mistenkt graviditet.

Innlegget bør tas ut hvis en kvinne blir gravid, da intrauterine

antikonsepsjonsmidler som blir sittende in situ øker risikoen for

spontanabort eller prematur fødsel. Uttaking av innlegget eller son-

dering av livmoren kan resultere i spontanabort. Dersom kvinnen

ønsker å fortsette graviditeten og innlegget ikke kan tas ut, bør hun

informeres om risikoene og eventuelle konsekvenser for barnet i

tilfelle prematur fødsel. Ektopisk graviditet bør utelukkes. Overgang

i morsmelk: Passerer i små mengder over i morsmelk, men risiko for

påvirkning av barnet synes usannsynlig ved doser som frigjøres fra

livmorinnlegget. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Endokrine: Mas-

talg, brystspenninger, ødem. Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Akne.

Sentralnervesystemet: Hodepine, nedstemthet, tretthet. Uroge-

nitale: Blodninger (frekvent eller forlenget blødning og spotting;

avtar ofte etterhvert), amenoré, dysmenoré, oligomenoré, vaginal

utflod, vaginitt, reversible ovarialcyster. **Øvrige:** Vektforandringer,

underlivssmerter, buksmerter, ryggsmertor. **Mindre hyppige:** Endo-

krine: Hirsutisme, svette, hårfall, fett hår.

Sentralnervesystemet: Redusert libido. Sjeldne (<1/1000): Uroge-

nitale: Infeksjoner i underlivet. Muskel-skjelettsystemet: Det er

rapportert muskelsmerter når preparatet blir brukt i kombinasjon

med østrogenbehandling.

Egenskaper: Klassifisering: Intrauterint innlegg som frigjør levonor-

gestrel med en jevn hastighet direkte til uterus. Består av et poly-

etylenskjelett med en sylinder rundt vertikalarmen som inneholder

en blanding av polydimetylsiloxan og levonorgestrel. Sylindren er

dekket med en polydimetylsiloxanmembran som regulerer frigjørin-

gen av levonorgestrel. Livmorinnleggets skjelett er impregnert med

bariumsulfat for å gjøre den synlig ved røntgen. God antikonseps-

jonell sikkerhet. Total graviditetsfrekvens: 0,16 pr. 100 kvinnehår.

Ektopiske graviditeter er anslått til 0,06 pr. 100 kvinnehår.

Virkningsmekanisme: Frigjør gjennomsnittlig 14 µg pr. dag over

en periode på 5 år. Initialt frigjøres ca. 20 µg pr. dag. Hovedsaklig

lokale gestagene effekter i livmorhulen.

De høye levonorgestrelkonsentrasjonene i endometriet hemmer

den endometriske syntesen av østrogen-reseptorene. Dette minsker

endometriets følsomhet for sirkulerende østradiol, og en uttalt

antiproliferativ effekt kan ses. Morfologiske forandringer i endo-

metriet og svak lokal reaksjon på fremmedlegemet er observert.

Fortykkelse av slimhinnen hindrer spermene å passere gjennom

cervikalkanalen. Det lokale miljøet i livmor og eggledere hemmer

spermie mobiliteten og -funksjonen og forhindrer befruktning. Ova-

lusjonen hemmes hos en del kvinner. Ved hormonell substitusjons-

terapi brukes innlegget i kombinasjon med orale eller transdermale

østrogenpreparater.

Absorpsjon: Stabile serumkonsentrasjoner på 0,4-0,6 nmol/liter hos

kvinner i fertil alder og ca. 1 nmol/liter hos kvinner som står på øs-

rogenbehandling, oppnås etter de første ukene etter innsettingen.

Metabolisme: I leveren. Utskillelse: Via urin og feces. **Pakninger og**

priser: 1 stk. kr 1220,90 (april 2006)

Schering Norge AS, Postboks 331, 1326 Lysaker.

Tlf.: 67 59 20 00 • Fax: 67 59 20 01.

www.femalelife.no

SCHERING

lege i den offentlege debatt og vere ein uredd aktør for oss sjølve og pasientane.

Den andre dikotomien er konformitet versus mikroautonomi. Ein av dei største verdiane i faget vårt, er den autonome rolla kvar av oss har i praksisorganisering, i interessefelt og klinisk stil. Vi skal ha eit stort rom for individuelt klinisk skjønn og respekt for ulike tilnærmingar og terapeutisk praksis. Men individuelle «outliers» er problematisk både for faget og for dei pasientane som vert utsett for dei. Og vi brenner kvar gong ei lita bru til den store oppdragsgjevaren vår når vi høyrer om allmennlegar som ikkje held sin sti heilt rein i høve til pasientar, trygdestaten, kommunale samarbeidspartar eller andre.

Eg høyrer fleire meiner fastlegane sine roller vert undergrave fordi stadig fleire gjer fastlegane sin jobb og eg høyrer syt om at vi snart berre er ryddehjelp for andre. Slik er det da ikkje! Eg er så glad kvar gong staten eller andre styresmakter faktisk vil bruke oss til noko spesifikt! Det er ikkje alltid like velbegrunna eller gjennomtenkt, som grøn resept eller kontakt med tsunamiofre. Men det er tanken som tel, folkens! Dei må få øve seg - og øving gjer som kjent meister, etter kvart.

Vi er derimot på eiga hand og kollektivt i ferd med å gje frå oss ansvaret for pasientane våre sine akutte medisinske behov på ettermiddag og natt i form av manglande ansvar for legevakt, og paradoksalt nok mest der vilkåra er best. Skjebnetimen på dette området er nær, sterke krefter i foretak og forvaltning seier meg at den er passert, og alternativ må derfor etablerast. Dette er både ei symbolsak og ei ytterst viktig dominobrikke, om den fell. Vi må reise visjonen om å ta legevakta tilbake!

Den siste dikotomien er Helseforetak NORGE versus makroautonomi for allmennlegekorpset.

Det er ikkje slik at alle foretak er like viktige og at kvar har ei stemme. Det finst fem regionale helseforetak og tre-fire-tusen enkeltmannsforetak i form av fastlegar, men stemmetala blir oftast fem mot null, ikkje 4000 mot fem. Kjøtevekta og definisjonsmakta er ulikt fordelt. Veksten i helseforetaka tilsvarar totalkostnaden med fastlegeordninga, – kvart år. Det er ikkje berre gryande, men sterkt aukande frustrasjon over at allmennmedisinen ikkje kan opptre som fagleg, samla samarbeidspart. Dette trur eg er vår aller største faglege utfordring i tida som kjem.

Det handlar om å bevare faget si sjel og vår autonomi, samtidig som andrelinetenesta får ein motpart som følgjer opp og gjennomfører avtalar med tilnærma ei stemme, slik dei er vant at andre samarbeidspartar gjer.

Eg har tidlegare argumentert for 1000 nye fastlegar, både for å bøte på kjøtevektubalansen og for å gje plass til nye oppgåver. Etter å ha høyrte debatten etterpå, trur eg no at 1000 faktisk er i minste laget for den tidsperioden det uansett vil ta å realisere det.

Skal den nye faglegeforeninga lukkast i den store debatten om faget sin plass og sikre utvikling og kvalitet på våre premisser, krevs grunnlagsarbeid i form av forskning, oppsummeringar, forskingsformidling og fagutvikling i eit omfang vi til no ikkje har sett i norsk allmennmedisin. Oppgåvene er store, pengane kjem, vi må difor brette opp armene og gå laus. Og vi må sjå på dette som eit felles prosjekt; heiltidsklinikaren, allmennpraktikar-stipendiaten, prosjektleiaren og fulltidsforskarar bidrar på sitt vis likeverdig til faget si framtid.

Vi må altså møte utfordringane, ikkje eingong nødvendigvis alltid verte einige, men mange gongar sjå eigenverdien av faglege diskusjonar, usemje og utviklingsprosessar. Min visjon er ei fagleg forening prega av uro.

Og til dei som no brått vart *urolege*, eg meiner *uro* i positiv forstand. Og her bruker eg ordboka:

Uro – av u-ikkje og ro-stille.

1. Rørsle eller fart

Tarjei Vesaas skriv så klokt om dette:

«Det *må* eksperimentierast, det er *det* som er rørsle og livskim og fornying. Det *blir* forstått av nokon – og det er *slike* som ber fornyinga over mørke skar og stillestående daudvatn, og blir *sjølve* ein grobotn for det som heiter framtid. Der det ikkje er rørsle framover lurar døden.»

2. Skipling av fred og ro, slik vi må hindre at regjeringa gløymer oss fleire gonger og tek oss for gitt. Vi må synast og merkast.

3. Mild verk, murring i kropp eller lemer. Slik vi kjenner det etter organisasjonsprosessen, men også verker etter å komme i gang.

4. Otte, ank og spenning, slik det er å starte noko nytt og ukjent.

Og tilslutt;

Men ikkje som

5. Opphengt pynt, som svingar tilfeldig i luftdraget.

Leve allmennmedisinen!

Leve Allmennlegeforeninga. Leve Norsk forening for allmennmedisin

Nye regler for dekning av utgifter til prevensjon

Fra 1. mars 06 får kvinner i aldersgruppen 16–19 år inntil 100 kr for 3 måneders forbruk av hormonelle prevensjonsmidler. Ordningen omfatter alle hormonelle midler, inkludert p-plaster, p-ring og p-sprøyte. Ikke implantat eller spiral. Dekning inntil 1 år ved dokumentert utenlandsopphold. Kvinner som bruker dyrere midler enn 100 pr 3 måneder, må betale mellomlegget.

Kari Hilde Juvkam
Spes i allmennmedisin

KILDE:

Rundskriv 1/2006 fra Helse og omsorgsdep. «Forebygging av uønsket svangerskap og abort blant tenåringer».

Ledige stipend

Allmennpraktikerstipend 1. halvår 2007

Med midler fra Den norske lægeforenings fond til videre- og etterutdannelse av leger, utlyser Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin i Oslo og Institutt for samfunnsmedisin i Trondheim, Bergen og Tromsø 18 stipendmåneder for 1. halvår 2007. Det kan søkes om stipend for 1 til 6 måneder for allmennpraktikere som ønsker å gjennomføre et forskningsprosjekt eller medvirke til et undervisningsopplegg i allmennmedisin eller samfunnsmedisin. De oppgaver en ønsker å søke stipend for å gjennomføre, må ha en klar tilknytning til problemer innen primærhelsetjenesten. Kvinner oppfordres spesielt til å søke.

Stipendiatene forventes å være tilknyttet ett av de nevnte instituttene i deler av stipendperioden. Når det gjelder lønnstrinn, henvises det til statuttene på www.legeforeningen.no/nsam. Hvis kvoten ikke fylles av søkere som arbeider i primærhelsetjenesten, kan også andre leger eller annet helsepersonell med interesse for eller tilknytning til primærhelsetjenesten komme i betraktning. Vi minner om at forskning i allmennmedisin kan telle i etterutdanningen, jfr. spesialistreglene. Stipendiat vil bli innvitt til å fremlegge sitt prosjekt på forskningsdagen på Primærmedisinsk uke/Nidaroskongressen. Allmennmedisinsk forskningsutvalg foretar tildeeling av stipendmidler etter innstilling fra de respektive institutter. Det er utarbeidet et søknadsskjema og veiledning for aktuelle søkere som kan lastes ned fra flg web-adresse: <http://www.legeforeningen.no/nsam> eller fås ved henvendelse til Allmennmedisinsk forskningsutvalg, c/Tove Rutle, Sjøbergvegen 32, 2050 Jessheim. Tlf. 63 97 32 22, fax 63 97 16 25 eller e-post: rmtove@online.no

I tillegg er det mulig å søke om tildeling av inntil 3 månedsverk fra Nasjonalt kompetansesenter for legesvaksmedisin. Prosjekt som det søkes om støtte til fra disse midlene må ligge innenfor det legesvaksmedisinske feltet. Det må også her være etablert et veilederforhold med kandidaten, og prosjektet skal formelt utgå fra Legesvaksenteret, men kan ha andre adresser. For nærmere info om disse midlene, ta kontakt med professor Steinar Hunskaar ved Universitetet i Bergen. Samme søknadsskjema som nevnt ovenfor bes benyttet.

Søknader med kortfattede prosjektbeskrivelser sendes samme adresse innen 15. september, 2006. Søknader som er poststemplet etter søknadsfristen blir ikke tatt i betraktning.

Cipralox® "Lundbeck"

Antidepressivum

ATC-nr.: N06A B10

T **Tabletter, filmdrasjerte 5 mg og 10 mg:** Hver tablett inneholder: Escitalopramsalat tilsv. escitalopram 5 mg, resp. 10 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandisid (E 171). Tabletter 10 mg med delestrek.

T **Dråper, oppløsning 10 mg/ml:** 1 ml (20 dråper) inneholder: Escitalopramsalat tilsv. escitalopram 10 mg, natriumhydroksid, renset vann.

Indikasjoner: Behandling av depressive episoder. Behandling av panikklidelse med eller uten agorafobi. Behandling av sosial fobi. Behandling av generalisert angstlidelse.

Dosering: Sikkerheten av doser på over 20 mg daglig er ikke undersøkt. Administreres som 1 enkelt dose daglig og kan tas med eller uten mat. Dråper kan blandes med vann, appelsinjuice eller eplejuice. Depressive episoder: Normal dosering er 10 mg 1 gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maks. 20 mg daglig. Vanligvis er 2–4 ukers behandling nødvendig for å oppnå antidepressiv respons. Etter bedring av symptomene bør behandlingen fortsette i minst 6 måneder for å vedlikeholde effekten. Panikklidelse med eller uten agorafobi: Anbefalt startdose er 5 mg daglig den første uken, før dosen økes til 10 mg daglig. Dosen kan økes til maks. 20 mg daglig avhengig av individuell respons. Maks. effekt nås etter ca. 3 måneder. Behandlingen varer i flere måneder. Sosial fobi: Anbefalt dose er 10 mg daglig. Symptomlindring oppnås vanligvis først etter 2–4 ukers behandling. Avhengig av individuell respons, kan dosen deretter reduseres til 5 mg eller økes til maks. 20 mg daglig. Sosial fobi er en sykdom med et kronisk forløp og 12 ukers behandling anbefales for å vedlikeholde respons. Langtidsbehandling av respondere er undersøkt i 6 måneder, og har vist seg på individuell basis å hindre tilbakefall. Effekt av behandlingen bør vurderes regelmessig. Generalisert angstlidelse: Startdose er 10 mg 1 gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maks. 20 mg daglig. Langtidsbehandling av respondere er undersøkt hos pasienter som fikk 20 mg daglig i minst 6 måneder. Behandlingseffekt og dosering bør vurderes med jevne mellomrom. **Elldre > 65 år:** Halvparten av normalt anbefalt startdose og en lavere maksimal dose bør vurderes. **Barn og ungdom < 18 år:** Bør ikke brukes. For pasienter med mild eller moderat nedsatt leverfunksjon anbefales en startdose på 5 mg daglig de første 2 behandlingsukene. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg daglig. Forsiktighet og ekstra omhyggelig dosetitering anbefales til pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon. En startdose på 5 mg daglig de første 2 behandlingsukene anbefales for pasienter som er kjent som sakte metaboliserere av CYP 2C19. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg daglig. Når behandlingen avsluttes bør dosen gradvis reduseres over 1–2 uker for å unngå mulige seponeringsreaksjoner.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor escitalopram eller ett eller flere av hjelpestoffene. Samtidig bruk av ikke-selektive MAO-hemmere.

Forsiktighetsregler: Bruk hos barn og ungdom under 18 år: Bør ikke brukes. Suicidrelatert oppførsel (suicidforsøk og suicidale tanker), og fiendtlighet (særlig aggresjon, opposisjonell adferd og sinne), er sett oftere hos barn og ungdom behandlet med antidepressiva. Dersom en ut fra et klinisk behov likevel bestemmer seg for å behandle, bør pasienten overvåkes nøye med hensyn til suicidale symptomer. I tillegg foreligger det ikke langtidssikkerhetsdata hos barn og unge med hensyn til vekst, modning samt kognitiv- og affektutvikling. En ev. økning i angstsymptomer avtar vanligvis innen de 2 første behandlingsukene. Lav startdose kan redusere symptomene. Escitalopram bør unngås hos pasienter med ustabil epilepsi. Preparatet bør brukes med forsiktighet hos pasienter med mani/hypomani i anamnesen, og bør seponeres dersom en pasient går inn i en manisk fase. Escitalopram kan påvirke glukosekontrollen hos diabetikere. Det kan være nødvendig å justere dosen med insulin og/eller perorale antidiabetika. Depresjon assosieres med et økt risiko for selvmordstanker, selvskadning og selvmord. Risikoen vedvarer til signifikant bedring inntreffer. Siden bedring kanskje ikke inntreffer de første ukene med behandling, bør pasienten følges opp nøye i denne perioden. Det er en generell klinisk erfaring ved behandling med alle antidepressiva at risikoen for selvmord kan øke i tidlig behandlingsfase. Det kan også være et økt risiko for selvmordsadferd ved andre psykiske sykdommer hvor escitalopram brukes. Disse tilstandene kan være komorbide med depressiv lidelse. De samme forsiktighetsreglene som følges ved behandling av pasienter med depressive lidelser bør derfor følges når en behandler pasienter med andre psykiske sykdommer. Pasienter som tidligere har hatt selvmordsadferd eller selvmordstanker, eller som uttrykker sterk grad av selvmordsadferd før behandlingsstart, har en høyere risiko for selvmordstanker eller selvmordsforsøk, og bør følges opp nøye under behandlingen. Det er utilstrekkelige data angående risiko for selvmordsrelatert adferd ved behandling av tidligere ubehandlede pasienter, men nøye oppfølging bør sikres. Pasienter (og pårørende) bør informeres om at det er viktig å observere om det oppstår selvmordstanker/adferd eller tanker om selvskadning, og at de må søke medisinsk hjelp øyeblikkelig hvis slike symptomer oppstår. Forsiktighet anbefales hos pasienter med risiko for hyponatremi, som eldre, cirrotiske pasienter eller pasienter som samtidig behandles med legemidler som kan gi hyponatremi. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av orale antikoagulantia og legemidler kjent for å påvirke blodplatefunksjonen (f.eks. atypiske antipsykotika og fenotiaziner, de fleste triksykliske antidepressiva, acetylsalicylsyre og ikke-steroidale antiinflammatoriske midler (NSAIDs), tiklopidin og dipyridamol), og hos pasienter med kjent blødningsproblemer. Pga. begrenset klinisk erfaring anbefales forsiktighet ved samtidig bruk av escitalopram og ECT. Kombineringen av escitalopram med MAO-A-hemmere anbefales generelt ikke pga. risikoen for serotonerg syndrom. Forsiktighet anbefales hvis escitalopram brukes samtidig med legemidler med serotonerge effekter slik som sumatriptan eller andre triptaner, tramadol og tryptofan. Samtidig bruk av escitalopram og urtepreparater som inneholder johannesurt (Hypericum perforatum) kan gi økt insidens av uønskede effekter. Forsiktighet anbefales hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CLCR < 30 ml/minutt). Escitalopram påvirker ikke intellektuelle funksjoner og psykomotoriske evner. Pasienten bør likevel informeres om den mulige risikoen for at evnen til å kjøre bil og bruke maskiner kan påvirkes.

Interaksjoner: Tilfeller av alvorlige reaksjoner er rapportert hos pasienter behandlet med SSRI i kombinasjon med en ikke-selektiv moraminoxidasehemmer (MAOH), og hos pasienter som nylig har avsluttet SSRI-behandling og påbegynt MAOH-behandling. I noen tilfeller utviklet pasienten serotonerg syndrom. Behandling med escitalopram kan starte 14 dager etter avsluttet behandling med irreversibel MAOH (selegilin) og minst 1 dag etter avsluttet behandling med den reversible MAOH (RIMA) bupropion. Det bør gå minst 7 dager etter avsluttet escitaloprambehandling før behandling med ikke-selektiv MAOH påbegynnes. Pga. risiko for serotonerg syndrom er kombinasjonen med MAO-A-hemmer ikke anbefalt, og kombinasjon med selegilin (irreversibel MAO-B-hemmer) krever forsiktighet. Samtidig administrering med serotonerge legemidler (f.eks. tramadol, sumatriptan og andre triptaner) kan føre til serotonerg syndrom. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av andre legemidler som kan senke krampetærskelen (f.eks. andre antidepressiva (trisykliske, SSRI), neuroleptika (fenotiaziner, tiokantener og tryptofenoloner), melflokin og bupropion. Det foreligger rapporter på forsterkede effekter når SSRI har vært gitt samtidig med litium eller tryptofan. Forsiktighet bør derfor utvises når escitalopram kombineres med disse legemidlene. Kombinering med alkohol anbefales ikke. Forsiktighet anbefales ved samtidig administrering av legemidler som metaboliseres via CYP 2C19. Samtidig administrering med omeprazol 30 mg daglig (CYP-2C19 hemmer) ga moderat (ca. 50%) økning i plasmakonsentrasjonen av escitalopram. Samtidig administrering av escitalopram med cimetidin 400 mg 2 ganger daglig (moderat potent generell enzymhemmer) ga en moderat (ca. 70%) økning i plasmakonsentrasjonen av escitalopram. Forsiktighet bør derfor utvises når escitalopram tas samtidig med CYP-2C19-hemmere (f.eks. omeprazol, sucralfat, fluvoxamin, lansoprazol, tiklopidin) eller cimetidin. Det kan bli nødvendig å redusere dosen av escitalopram basert på klinisk monitorering av bivirkninger ved samtidig behandling. Escitalopram er en hemmer av CYP 2D6. Forsiktighet anbefales når escitalopram gis samtidig med legemidler som i hovedsak metaboliseres via dette enzymet, og som har smal terapeutisk indeks, som f.eks. flekainid, propafenon og metoprolol (ved hjertesvikt) eller enkelte CNS-virkende legemidler som i hovedsak metaboliseres via CYP 2D6, f.eks. antidepressiva som desipramin, klomipramin og norpriptylin, eller antipsykotika som risperidon, tiordiazin og haloperidol. Justering av dosen kan være nødvendig. Samtidig administrering med CYP 2D6-substratene desipramin eller metoprolol ga en dobling av plasmakonsentrasjonen for disse to.

Graviditet/Amning: Overgang i placent: Det foreligger bare begrensete kliniske data for escitalopram brukt under graviditet. I reproduksjonstoksikologiske studier hos rotter viste escitalopram embryofetotokiske effekter, men ingen økt insidens av misdannelser. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Bruk av SSRI i tredje trimester kan føre til seponeringssymptomer, inkludert organisk betingede adferdsforstyrrelser hos den nyfødte. Følgende var rapportert hos nyfødte når gravide brukte SSRI helt fram til fødselen: Irritabilitet, tremor, hypertoni, økt muskeltonus, vedvarende gråt, di- og søvnvansker. Dette kan enten være tegn på serotonerge effekter eller seponeringssyndrom. Den nyfødte bør observeres hvis moren har brukt escitalopram sent i svangerskapet. Behandlingen må aldri avsluttes brått hvis SSRI brukes under svangerskapet. Overgang i morsmelk: Det forventes at escitalopram går over i morsmelk. Amning anbefales derfor ikke under behandling.

Bivirkninger: Bivirkninger er vanligst i første eller andre uke av behandlingen og avtar vanligvis i intensitet og frekvens ved fortsatt behandling. Svimmelhet, hodepine og kvalme er observert hos noen pasienter etter brå seponering av escitalopram. De fleste symptomene var milde og forbigående. For å unngå seponeringsproblemer anbefales en gradvis nedtrapping over 1–2 uker. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Kvalme forekommer svært hyppig. Diaré, forstoppelse. Hud: Økt økt svette. Luftrøir: Sinusitt, gisping. Metaboliske: Redusert appetitt. Psykiske: Nedsatt libido hos kvinner og menn, anorgasme hos kvinner. Sentralnervesystemet: Søvnløshet, søvnsløshet, svimmelhet. Urogenitale: Ejakulasjonsforstyrrelser, impotens. Øvrige: Tretthet, feber. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Oppkast, munntørhet, anoreksi. Hud: Utslett, eksem, kløe, angioedem, svette. Lever: Avvikende leverfunksjonsprøver. Metaboliske: Hyponatremi, utilstrekkelig ADH-sekresjon. Muskel-skjelettsystemet: Leddmerter, muskelsmerter. Neurologiske: Krampor, tremor, koordinasjonsproblemer, serotonerg syndrom. Psykiske: Hallusinasjoner, mani, forvirring, agitasjon, angst, depersonalisering, panikkanfall, nervøsitet. Sentralnervesystemet: Smakforandringer, søvnforstyrrelser. Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Syn: Symptomforstyrrelser. Urogenitale: Urinretensjon. Calaktone, seksuelle bivirkninger inkl. impotens, ejakulasjonsproblemer, anorgasmi. Øvrige: Insomnia, svimmelhet, utmattelse, tretthet, anafylaktisk reaksjon.

Overdosering/Forgiftning: Doser på 190 mg escitalopram er tatt uten at alvorlige symptomer er rapportert. Symptomer: Symptomer på overdose med racemisk citalopram (>600 mg): Svimmelhet, tremor, agitasjon, søvnsløshet, bevisstløshet, krampor, takykardi, EKG-enderinger med ST-T-enderinger, utvidet QRS-kompleks, forlenget QT-intervall, arytmier, respirasjonsdepresjon, oppkast, rabdomyolyse, metabolsk acidose, hypokalemi. Det antas at overdose med escitalopram vil gi lignende symptomer. Behandling: Ingen spesifikk motgift. Etabler og oppretthold frie luftveier, adekvat oksygenering og ventilering. Maveskylling bør utføres så raskt som mulig etter tablettinntak. Bruk av medisinsk kull bør vurderes. Overvåking av hjertefunksjonen og vitale funksjoner sammen med generell symptomatisk behandling anbefales. **Oppbevaring og holdbarhet:** Flasken oppbevares ved høyest 25 °C etter at den er åpnet. Oppbevares i ytteremballasjen for å beskytte mot lys. Dråpene brukes innen 16 uker etter at flasken er åpnet.

Pakninger og priser: Tabletter: 5 mg: Enpac: 28 stk. kr. 133,10, 10 mg: Enpac: 28 stk. kr. 201,00, 98 stk. kr. 626,80, 200 stk. kr. 1243,40, Endose: 49 stk. kr. 330,60, Dråper: 28 ml kr. 283,60, T: 188).

Refusjon: Behandlingen bør være instituert i psykiatrisk sykehusavdeling eller poliklinikk eller av spesialist i psykiatri, og for den videre forskrivning bør det foreligge erklæring fra slik instans om at det er indikert å fortsette behandlingen ambulant. For fortsatt forskrivning utover 1 år bør det foreligge årlig fornyet erklæring fra instans som nevnt.

Sist endret: januar 2006

Referanser:

- Montgomery SA et al. Escitalopram (S-Enantiomer of Citalopram): Clinical Efficacy and Onset of Action Predicted from a Rat Model. Pharmacology & Toxicology 2001; 88: 282–286
- Auquier P et al. Comparison of escitalopram and citalopram efficacy: A meta-analysis. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice 2003; 7: 259–268
- Sorbara LA et al. Escitalopram Oxalate. Drugs of the Future 2001; 26(2): 115–120

H. Lundbeck AS, postboks 361, 1326 Lysaker. Telefon: 67 52 90 70. Telefax: 67 53 77 07.
E-post: lundbeck-norge@lundbeck.com - www.lundbeck.no

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

Takk for stafettpinnen i lyrikkstafetten, Risten!

Det finnes så mange ulike og flotte dikt å velge blant. «Stillheten etterpå» er et dikt jeg har lest med jevne mellomrom, i ulike situasjoner, siden ungdomsskolen. Valget falt på dette diktet fordi det fortsatt engasjerer meg. Jeg synes jeg kan høre Rolf Jacobsen lese det med utålmodig stemme. Jeg tror det treffer meg fordi det minner meg på å se forbi

støyen, forstyrrelsene og detaljene, til det som er viktigere både i pasientkonsultasjonene, andre deler av jobben og i livet ellers.

Stafettpinnen sendes videre til mer bynære strøk, til Gøril Solie, som jobber som fastlege på Kløfta.

Ann-Kristin Stokke

Stillheten etterpå

Prøv å bli ferdige nu
med provokasjonene og salgsstatistikkene,
søndagsfrokostene og forbrenningssovnene,
militærparadene, arkitektkonkurransene
og de tredobbelte rekkene med trafikklys.
Kom– igjennom det og bli ferdige
med festforberedelser og markedsføringsanalyser
for det er sent,
det er alt for sent,
bli ferdige og kom hjem
til stillheten etterpå
som møter deg som et varmt blodsprøyt mot pannen
og som tordenen underveis
og som slag av mektige klokker
som får trommehinnene til å dirre
for ordene er ikke mere til,
det er ikke flere ord,
fra nu av skal alt tale
med stemmene til sten og trær.

Stillheten som bor i gresset
på undersiden av hvert strå
og i det blå mellomrommet mellom stenene.
Stillheten som følger efter skuddene og efter fuglesangen.
Stillheten som legger teppet over den døde og som venter i
trappene til alle er gått.
Stillheten
som legger seg som en fugleunge mellom dine hender,
din eneste venn.

Ved en misforståelse har Utposten i nr. 3 2006 trykket feil navn på kollegaen Risten Utsi utfordret. Dette beklager lagleder sterkt (kan ikke skyldes på oppmannen)! Risten Utsi utfordret Ann Kristin Stokke fra Nordland!



Finna koden

Han har levd isolert. Mange bygdefolk veit knapt kven han er. Han bur på loftet, vindauga er måla over, ingen ser lys i huset.

Likevel har eg sett han tidleg om morgonen når han går til Handelslaget for å handla, han går anten med hjulbåre på vegen eller i fjæra med ryggsekk.

Ein gong fekk eg den glede å køyra han frå Hanasand til Vikvåg. Han svara liketil på mitt tilbod og gjekk inn i bilen. Samtalen gjekk utan vanskar, han ville sjå denne holmen også nå når det nye fergesambandet gjorde reisa så lageleg.

Så er han gamal blitt, han har vore sjuk. På rommet bur han slik som ingen ville tru at nokon kunne bu, men det er hans eigen heim. Ein besøkjande har funne at han ligg under ei presenning og ikkje tek til seg næring. Nå er han komen på sjukeheimen. På rommet ligg han, mager og skrappt. Han vil ikkje eta, drikk berre lite grann. Tilsynslegen mistenker at han er sjuk, men han får ikkje lov til å undersøka pasienten. Høflig avvising. Det er ikkje nødvendig, legen forstår så lite av dette likevel. Ein blodprøve eg har tvinga til meg røper at noko er gale fatt, men lenger kjem eg ikkje.

Det går eit par veker. Ein sjukepleiar fortel at han har sagt at han kunne trengja ein konjakk! Der har eg det! Der er opninga.

Same dagen er eg i kjellaren heime, finn flaska med Larsen Cognac frå besøket i Frankrike for åtte år sidan: VSOP Cognac på flaske med vikingskip. Eg finn ein liten tinn-
tumlar også. Så det er med spenning og og forventning eg entrar Finnøy sjukeheim. Utstyret er uvanleg for ein lege: Cognac og brennevinstumlar!



*Historier fra
virkeligheten*

Eg sit ved senga og snakkar med mannen. Han er nå svært mager, hendene minner om edderkoppar med lange smale fingrar til bein. Skjegget er urørt siste dagane. Den blanke dagen sender lysstrimer gjennom vindauga og inn på kvite senga, denne hole magen og det skarpe og innsokne andletet.

Eg trekkjer pusten og seier: «Trur du at du kunne trengja ein konjakk?» så held eg pusten, har eg skote blink? «Jau, eg kunne trengja ein konjakk» Eg lettast mest! Fram med den vakre vesle boksen, inni den, Cognacflaska uopna. Så fram med tumlaren. Eg slår oppi, det er stille i rommet.

Så leverer eg tumlaren, han tek i mot med alle fingrar, hendene samla som i ein kopp. På tuppen av alle ti fingrar berget. Han pustar inn, let att augo og fører til leppene.

I eit langt drag, med jamn bakoverrulling skyller han den gyldne drikk inn over tynne lepper. Augo stadig attlatne, pusten halden, og med andletet i lukksalig innelukka nytting skyller han væska att og fram i munnen. Att og fram, skal han ikkje svelgja snart?

Så opnar han den tannlause munnen på vidt gap, ekshalerer med ein lyd av komplett overgjeving til augneblinken og brannen, finn så pusten og seier med ettertrykk: «Den var god!»

Det heilage kar vert varsamt levert attende til meg. Eg er aldeles overvelda av det sakrale, det monumentale og avgjerande augneblink. Stemninga i det kvite sjuke rommet endra seg frå kvardag til helg, frå det alminnelege til det sakrale. Det avgjerande augneblinket er over, frå nå av ser me med forventning mot komande dagar.

Han starta å eta att, spurde ikkje meir etter dram. Eg hadde lete flaska stå att på vaktrommet, den var berre til Sigurd dersom han trong. Han trong ikkje meir.

Etter kvart kom han på føtene, han flytte attende til sitt eige bu, han hadde fått den ro og kvile han meinte han sakna og konjakk nett då det trongst.

Aslak Bråttveit



Nord-Norge
Tlf. 77 64 58 90

Øst
Tlf. 23 01 64 11

Sør
Tlf. 23 07 53 80

Midt-Norge
Tlf. 73 55 01 60

Vest
Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsent-uavhengig 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.

Bisfosfonatassosiert osteonekrose i kjeven

I løpet av de siste årene er det både nasjonalt og internasjonalt rapportert flere tilfeller av osteonekrose i kjeven i forbindelse med bisfosfonatbehandling, først og fremst etter bruk av zoledronat og pamidronat. Denne sjeldne, men alvorlige reaksjonen har nylig vært omtalt både i Tidsskrift for Den norske lægeforening og Den norske tannlegeforenings Tidende. Vi presenterer en oversikt over antall meldte tilfeller basert på tall fra det norske meldesystemet for bivirkninger og bivirkningsdatabasen til WHO.

Epidemiologi

I 2003 kom den første artikkelen som antydte en sammenheng mellom bruk av bisfosfonater og osteonekrose i kjeven (1), og året etter mottok RELIS fem bivirkningsmeldinger om dette. Den nyeste oversiktsartikkelen på området refererer til 368 publiserte tilfeller, og bisfosfonatassosiert kjevebeinnekrose anses nå som et distinkt klinisk syndrom (2,3). De fleste pasientene med bisfosfonatassosiert kjevebeinnekrose har fått bisfosfonat intravenøst i forbindelse

med maligne sykdommer. Det finnes noen få rapporter etter langtidsbehandling mot osteoporose, primært på alendronat (1–6). Over halvparten av tilfellene er rapportert etter invasiv tannbehandling (tankekstraksjon, tannkirurgi), og flere av pasientene har hatt tegn på lokal infeksjon (2). Over 90 prosent av pasientene har brukt de høypotente bisfosfonatene zoledronat og pamidronat. Risikoen for utvikling av osteonekrose i kjeven er størst ved bruk av zoledronat, og ser ut til å øke med økende dose og brukstid (2). Den kumulative risikoen for å utvikle osteonekrose ved bruk av zoledronat var i følge en studie en prosent innen det første behandlingsåret og 21 prosent etter tre år, mens den for pamidronat (alene eller i kombinasjon med zoledronat) var henholdsvis null prosent og fire prosent (2). Gjennomsnittlig behandlingstid før påvisning av osteonekrosen har vært om lag ni måneder for zoledronat, 14 måneder for pamidronat og tre år for alendronat (4).

Forebygging

Mekanismen bak bisfosfonatassosiert kjevebeinnekrose er ikke endelig klarlagt, og det kan være en rekke medvirkende faktorer. Tilstanden er vanskelig å behandle, og forebygging er derfor viktig. Foreslåtte tiltak for ulike risikogrupper er godt beskrevet av andre (2–4).

Bivirkningsdata

Den norske bivirkningsdatabasen inneholder nå 19 rapporter på bisfosfonatassosiert kjevebeinnekrose (tabell 1). Zoledronat var involvert i 13 tilfeller, kombinasjonen av zoledronat og pamidronat i fire tilfeller og pamidronat alene

Legemiddel	Handelsnavn	Antall rapporter ¹	Antall måneder fra behandlingsstart til påvist osteonekrose (SD)
Zoledronat	Zometa®	17	21 (8,8) ²
Pamidronat	Aredia®	5	3 ³
Alendronat	Fosamax®	1	–

¹ Dette er absolutte tall, og sier ikke noe om frekvensen av bivirkningene i forhold til bruken av legemidlet.

² 10 av 17 rapporter hadde opplysninger om brukstid.

³ Basert på én rapport. De resterende fire hadde ikke opplysninger om brukstid.

TABELL 1: Statistikk fra den Norske bivirkningsdatabasen: Antall rapporter på osteonekrose i kjeven ved bruk av bisfosfonater (7)

i ett tilfelle. Det er rapportert ett tilfelle etter bruk av alendronat.

Tallmaterialet i den norske bivirkningsdatabasen er lite og bør tolkes med varsomhet. For dem som har fått osteonekrose i forbindelse med bruk av zoledronat, har gjennomsnittlig behandlingstid vært 21 måneder. I minst 14 av 19 (74 prosent) tilfeller var indikasjonen for behandling med bisfosfonater relatert til maligne lidelser.

Det er om lag tusen rapporter på bisfosfonatassosiert kjevebeinnekrose i WHO's bivirkningsdatabase (tabell 2). De parenterale preparatene dominerer også i dette materialet. Denne databasen gir ikke grunnlag for å estimere gjennomsnittlig behandlingstid til påvist osteonekrose.

WHO understreker at datauttrekk fra bivirkningsdatabasen ikke representerer WHO's offisielle syn og at dataene ikke er homogene med tanke på innsamling gjennom spontanrapporteringssystemet eller dokumenterer en sikker sammenheng mellom det aktuelle legemiddelet og bivirkningen.

Oppfordring

RELIS oppfordrer leger og tannleger til å rapportere alle tilfeller av bisfosfonatassosiert kjevebeinnekrose. Mens behandling av maligne tilstander med parenterale bisfosfonater er forbeholdt en relativt liten pasientgruppe, er osteoporosebehandling med orale bisfosfonater utbredt. Vi ønsker derfor spesielt å kartlegge eventuelle tilfeller av osteonekrose hos sistnevnte gruppe.

TABELL 2: Statistikk fra WHO-databasen: rapporter på osteonekrose i kjeven ved bruk av bisfosfonater (8)

Legemiddel	Antall rapporter ¹
Zoledronat	704
Pamidronat	292
Alendronat	61
Andre bisfosfonater	21

¹ Dette er absolutte tall, og sier ikke noe om frekvensen av bivirkningene i forhold til bruken av legemidlet.

Referanser

1. Marx RE. Pamidronate (Aredia) and zoledronate (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws: A growing epidemic. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61(9): 1115-7.
2. Woo SB, Hellstein JW, Kalmar JR. Systematic review: bisphosphonates and osteonecrosis of the jaws. *Ann Intern Med* 2006; 144(10): 753-61.
3. Løkken P, Skoglund LA. Legemiddelbivirkninger i munnhulen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126(10): 1345-8.
4. Marx RE, Sawatari Y, Fortin M et al. Bisphosphonate-induced exposed bone (osteonecrosis/osteopetrosis) of the jaws: risk factors, recognition, prevention, and treatment. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63: 1567-75.
5. Hågensli N, Skjelbred P. Uforklarlig osteonekrose i kjeven ved bruk av zoledonsyre (Zometa®). *Nor Tannlegeforen Tid* 2005; 115(15): 920-1.
6. Herlofson BB, Bruland ØS. Kjeveosteonekrose assosiert med bisfosfonater og ekstraksjon av tenner. *Nor Tannlegeforen Tid* 2005; 115(15): 922.
7. Statens legemiddelverk. Den norske bivirkningsdatabasen, 23.05.2006.
8. Verdens Helseorganisasjon (WHO). Bivirkningsdatabase, søk 23.05.2006.

Løvetannprisen 2006

Norsk selskap for allmennmedisin skal under Primærmedisinsk uke 2006 dele ut Løvetannprisen. Prisen består av et litografi av Barbara Vogler og 5000 kroner. Den skal deles ut til en allmennpraktiker som har gjort en innsats for faget vårt. Innsatsen kan være på sentralt eller lokalt plan, i det stille eller i media, faglig eller organisatorisk, praktisk eller teoretisk.

Det er DU som må gjøre styret kjent med potensielle kandidater. Nøl ikke – gi en begrunnet anmeldelse av en kollega i dag!

Fristen for å sende inn forslag på de gode kandidater er

1. oktober og dette sendes til NSAM, c/o Tove Rutle, Sjøbergvegen 32, 2050 Jessheim, e-post: rmtove@online.no



Legevaktboken

– to skritt frem og ett tilbake

Kåre Moen og
Cecilie Arentz-Hansen:
Legevaktboken
FORLAG: Gyldendal akademisk
UTGITT: 2005

SIDER: 1088
SPRÅK: bokmål
PRIS: 845 NKR
3. utgave

Legevaktboken er sannsynligvis et av de mest brukte beslutningsstøtteverktøy i norsk legevakt. Og det med god grunn. Utgangspunktet for denne anmeldelsen er at vi har praktisk erfaring med å bruke de tidligere utgavene av legevaktboken og noe erfaring fra å bruke siste utgaven. Vi har studert noen bestemte kapitler i den siste utgaven nøyer og sammenlignet dem med tilsvarende kapitler i forrige utgave.

Legevaktboken er en omfattende klinisk håndbok for leger i kommunal legevakt, men den fungerer også som et oppslagsverk i legevaktmedisin for medisinstudenter og andre helsepersonellgrupper.

Stoffet er delt opp i fem deler:

- livredning
- symptomer og sykdommer
- skader og ulykker
- lov og rett
- lister og tabeller

Helt først i boken er det et akuttregister. Det er praktisk hvis man er bevisst på det og ikke slår opp bakerst i sikkordregistret i en hektisk situasjon. Deretter følger litt generelt om rammene for legevaktmedisin og andre karakteristika ved denne viktige delen av allmennmedisinen.

For oss utgjør kapitlene som omhandler «Symptomer og sykdommer» og «Skader og ulykker» selve kjernen i boken. De er som tidligere bygget opp med årsak (Å), symptomer (S), funn (F), differensialdiagnoser (DD) og tiltak (T). Denne fremstillingen av stoffet gir en god oversikt, og det er lett å finne raskt frem når avgjørelser skal tas på kort tid. Innholdet er kort og konsist uten at noe vesentlig mangler. Boken gir derfor et godt grunnlag som beslutningsstøtte i legevaktssituasjon. Den fremstår som et komplett oppslagverk.

Livredningsdelen er omfattende og gir en pedagogisk beskrivelse av basal- og avansert hjerte-lungeredning, sjokk, bevisløshet og praktiske ferdigheter. De nye retningslinjene fra 1. januar 2006 fra Norsk Resuscitasjonsråd er ikke kommet med. Det er synd. Noen sentrale begreper i livredningsdelen kan diskuteres. Forfatterne har valgt å bruke den norske BLÅ-VK huskereglene (bevissthet, luftveier, åndedrett, ventilering og kompresjoner) i stedet for den internasjonale ABC som nok er bedre kjent. Videre mener vi at begrepene sjokk burde byttes med sirkulasjonssvikt og livredning med akuttmedisin. Livredning er så mangt.

Sammenlignet med forrige utgave er boken nå i et litt mindre format. Likevel inneholder den mer stoff. Når den ikke er blitt tykkere er det kompensert ved at arkene er tynnere. Den inneholder nå 1088 sider mot forrige utgaves 674. Boken kan fortsatt puttes i kofferten, en stor lomme eller et annet lett tilgjengelig sted, men de tynne arkene virker skjøre. Den nye versjonen har også dårligere uthevinger av overskrifter og tabeller. Det virker som om skriften er blitt mindre, men det kan hende det er trykken som gir det inntrykket. I forrige utgave var det større sider med to kolonner. Vi synes det gav en bedre oversikt, men det kan hende det bare er en vanesak. Layouten er viktig i en bok som skal leses i en dårlig opplyst ambulanse, på hjemmebesøk, på ulykkessted osv.

Siste versjon har med mange nye retningslinjer og anbefalinger, samt noe nytt stoff. Blant annet omtale av nye narkotiske stoffer som for eksempel GHB. Det er bra. Egentlig er det slående hvor mye boken inneholder. Er det i ferd med å bli for mye som skal presses inn mellom permene? Vi bruker doseringstabeller, ICPC kortversjon, telefonnummerlisten eller labverdiereferansene lite. Men andre bruker kanskje dette mer?

Vi stusset litt over listen over konsulenter som er brukt under utarbeidelse av boken. Blant ca 50 konsulenter fant vi to allmennleger. Er det slik at spesialisthelsetjenesten definerer legevaktmedisinen eller har forfatterne selv sikret det allmennmedisinske innholdet?

Boken henviser til nettressursene, og på www.legevaktboken.no finnes det mye tilleggsstoff til boken. Lenkesamlinger, kildelister, mulighet for å skrive ut skjemaer og verktøy m.m. Det er bra selv om det kanskje ikke brukes så mye i legevaktssammenheng. Legevaktboken foreligger foreløpig ikke i en elektronisk versjon, men i følge forfatterne er det imidlertid ikke utenkelig at det lages en PDA-versjon i fremtiden. Både en PDA-versjon og en elektronisk versjon for legevaktkontoret er nok nødvendig om dette gode verktøyet skal beholde sin posisjon som «læreboken» i norsk legevaktmedisin. Kan hende den elektroniske versjonen legges ved neste utgave av boken? Forlagssentralen omtaler boken som «boken som gir svar på de aller fleste problemstillinger som melder seg i løpet av en vakt». Det er neppe mulig. Heldigvis kanskje? Møtet med pasienter preges av subjektive vurderinger og legevaktvirksomhetens viktigste verktøy er klinisk skjønn. Alle avgjørelser som fattes i løpet av en vakt kan neppe gjenfinnes som «fasit» i boken, men man kan finne mye god støtte der når man som det står på side 28 «sitter i mørket alene på vakt og lurar på noe».

Boken er kort og godt uunnværlig og svært god.

Aase Aamland Jesper Blinkenberg

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 «slik gjør (nå) 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!*

Rektoskopi i allmennpraksis. Raskt og enkelt

Mange pasienter kommer til oss med uklare magebesvær, mange er redde for kreft, noen er oppblåst og har diffuse smerter eller føler de er sensible for matvarer, andre har forandring i avføringsmønsteret, eller har kronisk variabel avføring, noen har sett friskt blod på avføringen eller har svart avføring og noen har hemoroider som blør mye og mer enn før. Felles for mange av disse er altså at de kommer til oss fordi de er redd for å ha kreft og ønsker undersøkelse på grunn av det.

Det er viktig at de blir undersøkt raskt etter at de har tatt opp sitt tarmproblem med oss, og pass på at de utredes tilstrekkelig én gang, men ikke gang på gang! Hvordan så pasienter med kronisk irritabel tarmsyndrom eller andre mer uklare kroniske fordøyelsesplager skal følges opp, er et annet og mye vanskeligere spørsmål.

Ved spørsmål om tarmsykdom som ikke er utredet, bør vi være raske med å ta HB, SR, hemofec x 3, rektoskopi og evt rekvirere coloskopi/rtg colon og andre blodprøver.

Tarmkreft er den nest hyppigste kreftformen blant både menn og kvinner i Norge, og hvert år oppdages drøyt 3400 nye tilfeller og en tredjedel av disse er i endetarmen.

Hyppig forekomst av alvorlig sykdom og det at rektoskopi er raskt og enkelt å utføre, tilsier lav terskel for å rektoskopere i allmennpraksis. En tredjedel av tarmkrefttilfellene kan oppdages ved denne metoden. Min personlige erfaring er at undersøkelsen tolereres godt av pasientene, kan gjennomføres med enkelt tømningsregime. Det er få jeg må henvise videre til rektoskopi i 2. linjetjenesten. Det betyr at mange kan beroliges, noen må ha flere kompletterende undersøkelser, men ofte kan utredningen stoppe med denne rektoskopien.

Jeg ber pasientene ta klyx en time før undersøkelsen. Det er enkel, vanligvis tilstrekkelig og skånsom tømning.



Jeg har pasienten liggende i gu-leie. Det sies ellers at man kan velge sideleie hvis pasienten er lite mobil. Det har jeg aldri opplevd som hindring da jeg har hydraulisk gu-benk og har vent meg til undersøkelse fra denne posisjon.

Jeg bruker rektoskop med innebygd lyskilde og engangs-rektoskop satt på (se bilde). Etter inspeksjon av analåpning og eventuelle ytre hemoroider og rektal eksplorasjon for å vurdere sfinktertonus og slimhinnen i anus starter jeg rektoskoperingen med å be pasienten trykke mot rektoskopets innføringsstav som ved avføring. Jeg har på forhånd smurt rikelig med eksplorasjonskrem på rektoskopet. Vel gjennom sfinkter, tar jeg ut innføringsstaven, lukker luken slik at det blir lufttett ut og pumper luft inn. Inspiserer slimhinne på vei inn og igjen på vei ut. Det er lett å komme til 15 cm, så gjør rektum en knekk, men ofte går det greit til 20 cm, sjelden lengre. Ved uklare funn, små eller større polyp- per, inflammert slimhinne eller svulster må jeg henvise videre. Jeg tar ikke biopsi; for det første fordi det er en liten blødningsfare, for det andre fordi indikasjonen er sjelden og for det tredje fordi jeg ikke har vent meg til det! Slik er rektoskopi en enkel, rask, effektiv, visuell, praktisk prosedyre som kan avsløre noe, utelukke noe og berolige mange.

Karin Frydenberg

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

Sliten heroinmisbruker fredag ettermiddag

Siste pasient på min liste en fredag for en stund siden var en svært sliten, «gammel» heroinmisbruker. Han hadde fått timen samme dag som ø-hjelp. Jeg kjente ham ikke fra før. Det var en mann i 40-åra. Kunne se av noen epikriser at han hadde stått på lista i noen år, men ikke vært hos meg før. Han fortalte at han hadde søkt om legemiddellassistert rehabilitering (LAR), ifølge ham selv lå det an til at han kunne komme over på det om et par måneder. Klarte ikke å sette intravenøse injeksjoner lenger, så det meste ble satt intramuskulært med flere innleggelser på grunn av abscess som følge. Han kom fordi han ikke orket 24-timersjobben med å skaffe seg heroin lenger. Så han følte seg for gammel til dette, og helt utslitt. Han ville at jeg skulle skrive ut medisiner/piller til ham inntil han kom over på vanlig LAR-oppbygg. Han virket svært depriment og fortvilet, men ikke su-

icidal. Uttrykte håp i forhold til et bedre liv på LAR. Jeg var veldig usikker, kjente på ulyst i forhold til å begynne å skrive ut mye medisiner til ham, samtidig som beskrivelsen av 24-timers jobben, slitet og det uverdige rundt dette gjorde inntrykk på meg. Han bedyret at han ikke ville selge medisiner videre, han ville bare ha ro.

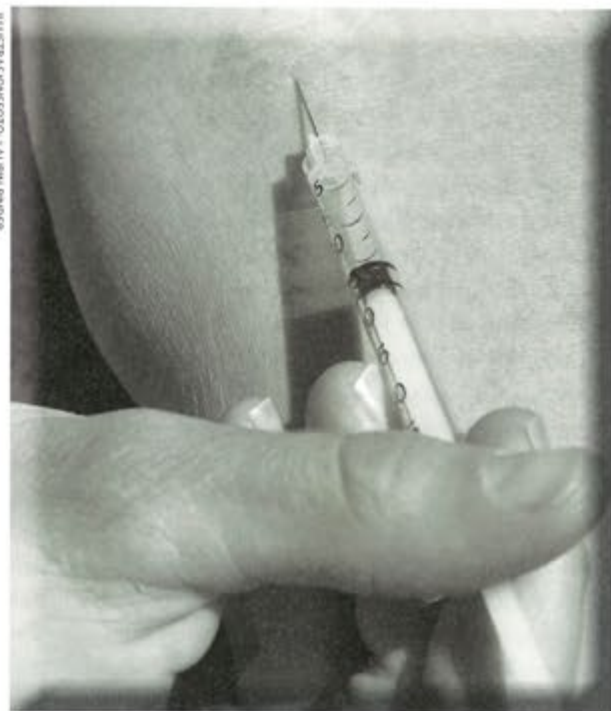
Det han ønsket seg var Xanor. Jeg lot meg overtale til å skrive ut ti stykker, som han gav uttrykk for bare var vann på gâsa. Følte meg presset og usikker på hva jeg skulle gjøre, han var siste pasient før helga og jeg ønsket å kjøpe meg litt tid. Satte ham opp på en ny time etter noen dager. Fikk tillatelse til å ta kontakt med sosialkontoret for å høre hva planen for LAR var. Hva var riktig å gjøre i mellomtiden?

Det som senere skjedde, var at pasienten ikke kom til neste avtale. Han ringte meg og ba om ny resept på Xanor, noe jeg ikke ville gi ham. Han fikk derimot tilbud om andre medisiner. Han ble tilbudt ny avtale slik at vi kunne snakke mer om videre opplegg. Han møtte heller ikke på disse, og jeg så at han senere hadde skiftet fastlege. *Lege NN*

Ivar Skeie, redaksjonsmedlem i Utposten og allmennlege på Gjøvik, for tiden i et forskningsprosjekt om LAR, har kommentert denne historien:

Dette er en vanskelig, og ikke helt uvanlig situasjon. Jeg ville tenkt slik:

1) Få oversikt over den totale behandlingsplanen, spesielt i forhold til LAR. Det var fornuftig å spørre om du kunne kontakte ruskonsulenten hans på sosialkontoret slik at du kunne få oversikt over hvor langt han er i prosessen, hvor raskt han kan komme i gang, kanskje lagt på litt press for om mulig å få fortgang. Du skal jo uansett inn i ansvarsgruppe hvis du skal være forskrivende lege. Det høres litt rart ut at sosialkontoret ikke har kontaktet deg som hans fastlege. Men en slik runde tar jo litt tid og det kunne du ikke rekke fredag ettermiddag.



ILLUSTRASJONSFOTO: LARS RØNDE

2) Medisinering. Det er to ting å vurdere: a) «støtte-medisinering» med benzo eller liknende, og b) eventuelt opioidforskriving i forkant av LAR. Til a): Blandingsmisbrukere bruker gjerne de piller de får tak i, og sjelden slik vi sier de skal bruke dem. Derfor bør vi være svært tilbakeholdne med å skrive ut benzo og liknende. Jeg tror jeg sannsynligvis ville forsøkt å unngå dette, men allianse og tillit må også vurderes.

Hvis benzo skulle brukes, ville jeg ikke gitt Xanor, men litt Sobril. I de unntak benzo bør forskrives til misbrukere, er Sobril å foretrekke, fordi det gir mindre rusvirkning og «kick» enn de andre. Xanor er sterkt avhengighetsskapende og svært vanskelig å venne folk av, vanskeligere enn Sobril. Gode alternativer ved søvnproblemer og uro er Atarax, Surmontil og Tolvon, og de misbrukere som ikke bare er ute etter å bruke legen som tilførselkilde for rusmiddel, er gjerne åpne til å bruke det.

Til b) Opiatforskriving. Det er en viss legal åpning for dette som «nedtrappingbehandling», og det brukes også av og til som «stabilisering» før LAR. Det forutsettes at det gjøres på en sikker måte, og at man har god allianse med pasienten og at vedkommende vil samarbeide. Dessuten må slik behandling gis i en tverrfaglig ramme, der sosialkontor og helst LAR også er informert og samarbeider. Vi har gitt slik behandling ved vårt legesenter i noen tilfeller, og har da mest brukt Durogesic plaster, med skifte på legekontoret. Man bør unngå opioid-tabletter, da disse gjerne løses opp og injiseres. Det bør da også tas urin-kontroller, altså et opplegg omtrent som LAR. Dette kunne du ikke ha startet fredagen, det kreves betydelig forberedelse og samarbeid med andre. Jeg vet heller ikke hvordan praksis med slik «ventebehandling» er i ditt fylke og om sosialkontoret eventuelt vil betale. Behandlingen er nemlig dyr. Jeg syns absolutt ikke du burde begynne med det hvis det ikke er i en fast tverrfaglig setting. Uansett er slik «ventebehandling» et klart dårligere alternativ enn LAR, og i de fleste tilfelle vil det være mer aktuelt å sette fortgang på oppstarten i LAR, enn å sette i gang «ventebehandling» med annet og mindre egnet opioid.

Konklusjonen blir vel at jeg eventuelt ville tilbydd ham Atarax, Tolvon eller liknende, og avslått benzo og opioider der og da, og så gått en runde med sosialkontoret vedrørende den videre framdrifta, og prøvd å holde kontakt med pasienten.

Allmennmedisinsk forskningsutvalg Tildeling av allmennpraktikerstipend 2. halvår 2006

Følgende ble tildelt allmennpraktikerstipend 2. halvår 2006

Univ.	Etternavn	Fornavn	Prosjektets tittel
UiO	Sola	Kirsten	Aktiv oppvekst – et behandlings-tilbud for sykkelig overvektige og inaktive barn igangsatt i primærhelsetjeneste
NTNU	Sørbo	Marie Flem	Malnutrition among children in paediatric ward in a hospital in Maputo, Mosambique
UiO	Johansen	Inger	Effekt av rehabilitering hos eldre
NTNU	Sletten	Tone Dorthe	Sjøsiden Familiehelsetjenester
UiB	Andresen	Olga	Fastlegens rolle i forebygging av vekttoppgang hos pasienter ved langtidssykemelding
UiO	Sirpal	Manjit Kaur	Angst og depresjon hos ungdom i alm.med., med fokus på etnisk bakgrunn
UiB	Felde	Gunhild	Prevalens av urininkontinens i Hordalandsundersøkelsen 1997–99
UiO	Olaussen	Morten	Fysisk behandling alene, i kombinasjon med kortikosteroid-injeksjon eller vente-og-se, for akutt lateral epikondylitt i allmennpraksis: en randomisert, placebo-kontrollert studie med 12 måneders oppfølging.
UiO	Holmedal	Øystein	Fysisk behandling alene, i kombinasjon med kortikosteroid-injeksjon eller vente-og-se, for akutt lateral epikondylitt i allmennpraksis: en randomisert, placebo-kontrollert studie med 12 måneders oppfølging.
UiO	Storaas	Bjarte	Er apolipoproteiner (Apo A1 og Apo B, og særlig ratio ApoB/ApoA1) bedre prediktorer enn mer tradisjonelle lipidmålinger (total kolesterol, LDL- og HDL-kolesterol, triglyserider) til å estimere kardiovaskulær risiko.
NTNU	Nielsen	Iris Relling	Lokal antibiotikabehandling ved sinus maxillaris
UiO	Sollien	Kari	Evaluerings av Gjøvik interkommunale legevakt etter ett års drift.

SIRI FOSS

FORBIFARTEN

STILLING ALLMENNLEGE ARBEIDSSTED STUDENTHELSETJENESTEN I OSLO

Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

Født og oppvokst i Drammen. Studerte i Bergen/Oslo, cand. med i 1997. Etter endt turnus jobbet jeg som barnelege i Tromsø drøye halvannet år. Deretter hadde jeg ett år med reiser og studier der jeg bla var på Lofotfiske, lærte meg spansk og salsa i Mexico og studerte internasjonale helsefag i Uppsala. Jobbet deretter sju måneder som «bush-doktor» i Angola for Leger Uten Grenser. En voldsom opplevelse på godt og vondt og som har gitt meg enda større overbevisning om at vi alle har et ansvar for det som skjer i verden. Vi som er helsearbeidere har i kraft av vårt yrke og kompetanse en unik mulighet til å være med å påvirke verdenssamfunnet! Har jobbet flere år på Oslo legevakt og er nå fastlege på Studenthelsetjenesten. Gift, har en stedatter på ti og en sønn på snart to år. Glad i mennesker, friluftsliv og engasjement!



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

I distriktsturnus nordpå var jeg «Doktordama». På Barneavdelingen i Tromsø var jeg «Doktor-Siri» eller bare «Siri». I Angola var jeg «Doutora». På Legevakta var jeg nok «Hu lyse doktoren». Nå tror jeg at jeg er «Doktor Siri» igjen, evt. «Doktor Siri Foss»

Hva gir deg mest glede?

På jobben gir det meg stor glede å se at jeg kan bidra til at noen får det bedre. Privat føler jeg meg veldig heldig som har en flott familie og mange gode venner som er der. Det at jeg stadig kan være «underveis», lære nye ting og ta nye

utfordringer gir meg stor glede. Det er også viktig for min trivsel og mitt humør at jeg har tid og mulighet til å være ute i naturen, at jeg får trent av og til og at jeg ikke har laget meg et så tett program at det spontane forsvinner fra livet!

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

Jeg er med en psykomotorisk fysioterapeut og psykolog «som lærejente» og har gruppeterapi for en gruppe studenter som sliter med angst, fobier, aggresjon, grensesetting mm. Dette er kjempespennende, og jeg lærer en helt ny måte å angripe disse problemstillingene på, som ikke bare er å «prate om det»...

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

Når pasienten sier at de føler at jeg tar dem på alvor.

Når gjør du uviktig arbeid?

Når jeg sitter med en lang papirbunke etter arbeidstid, og skulle ha vært ute av kontoret for lengst og gjort noe mer hyggelig...

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

For di jeg forutsetter at det er ubegrenset med midler til forskning, ville det ha vært å utarbeide og gjort tilgjengelige billige HIV/AIDS-medisiner, tilpasset barn i den fattige delen av verden!! Mitt forskningsarbeid ville være å kartlegge barna og familienes livskvalitet etter oppstart med medisin i en liten landsby i Afrika...

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

En som jeg kan ha en litt uformell tone med, som jeg vet litt mer om en bare sykdommen og som trives med min måte å være doktor på.

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

Skikkelig sint prøver jeg unngå å bli... (for er jeg sint, er det visst ikke hyggelig å være den det går utover...). Men å være bestemt og tydelig med en litt sint stemme, er lov. Og det vet jeg at jeg er, hvis for eksempel noen av mine pasienter insisterer på at de må ha B-preparater og jeg er helt uenig.

Hvis du ikke var lege, hva gjorde du da?

Jeg tror jeg ville vært lærer.

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

Camilla Stoltenberg kanskje. Hun virker som en nøktern, klok og fornuftig dame som helt sikkert har en masse å fare med...

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?

Narkomane, de psykisk syke og de eldre får mer av meg. Private aktører med tilskudd som driver med «lønnsomme

operasjoner» på pasientgrupper som egentlig er «friske», vil fått mindre.

Hva bør primærhelsetjenesten prioritere de neste tre årene?

Bedre oppfølging og samarbeid mellom hjemmesykepleie, fastlege og andrelinje- tjenesten i forhold til eldre, psykisk syke, kreftpasienter/kronisk syke og narkomane. Vi bør også prioritere forebyggende barne- og ungdomshelse og skolere oss bedre på innvandrere/asylsøkere/flyktninger og deres helseproblemer.

Hvilket sykehus er Norges beste?

Det må være et av våre mellomstore sykehus der det er stabil sykepleie- og legedekning og pasientene føler at de blir sett.

Spørsmål fra Brynjar Jacobsen: Hva kan gjøres for å bedre helsetilbudet for studentene?

Ufordringen for oss er å gi et gratis og helhetlig fastlegetilbud til studentene i samsvar med fastlegeordningens intensjon og samtidig imøtekomme deres ønsker om å få løst ulike helseproblemer av stor eller liten art, så raskt som mulig. Studentene ønsker helst at dette skal skje på samme dag som problemet oppstår uansett alvorlighetsgrad!! Vi har fortsatt noe igjen før vi klarer å forene det medisinskfaglige riktige med både driften og behovene til pasientene våre. Men vi kommer ikke utenom at vi trenger flere legestillinger på Studenthelsetjenesten. Økte offentlige midler til psykologisk/psykiatrisk seksjon er en annen viktig sak. Vi har et meget godt tilbud på Studenthelsetjenesten med gratis konsultasjon hos psykolog/psykiater samt hos psykomotorisk fysioterapeut, men kapasiteten er begrenset. Vi trenger flere psykologer/psykiatere og ikke minst psykomotorisk fysioterapeuter. I tillegg ville helsetilbudet også vært vesentlig bedre hvis allmennpraktikeren og psykologer/psykiatere hadde hatt et tettere samarbeid med psykologer/psykiatere «der ute». Da Studenthelsetjenestens psykiatere og psykologer gir korttidstilbud, lider de sykeste av mangel på eksterne terapeuter. Svangerskapsomsorgen for studentene ville vært ytterligere forbedret hvis vi hadde hatt en jordmor tilknyttet Studenthelsetjenesten.

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

Ole Andreas Hovda: Fastlege i Nittedal og studerer teologi. Er det presten (når han blir ferdig) eller Doktor Ole Andreas Hovda som best vil kunne ta vare på en person i sorg, og hvorfor er det slik?

Forum Sykehjemsmedisin

4. Landskonferanse

Kristiansand 2.– 3. september 2006

Kurs nr.:	-22377
Ansvar:	Stein Husebø, professor og overlege.
Målgruppe:	Leger og sykepleiere og andre interesserte som arbeider med de sykeste eldre i og utenfor sykehjem.
Læringsmål:	Dag 1: Øke kompetanse om demens, utredning og behandling i Norge og Europa. I tillegg vil det være fokus på behandlingskultur, kommunikasjon og samhandling med pårørende når det gjelder gruppen med aldersdemens. Dag 2: Fokus på organisering av eldreomsorg i framtida. En kjempeutfordring. Hvilken kompetanse trenger vi? Hvordan samarbeider vi best? Kan vi lære noe av Europa?
Kurssted:	Clarion Hotell Ernst, Kristiansand
Kurskomité:	Stein Husebø, overlege og professor (kursleder), Gerd Torbjørg Åmdal, overlege, Kåre Reiten, allmennlege, Øyvind Holme, ass. lege, Johannes Hoie, sykehjemslege, Inger Lund Thorsen, kommunelege, Margaret Stangeland, kommunelege.
Godkjenning leger:	Allmennmedisin: 15 poeng som emnekurs/klinisk emnekurs i geriatri/sykehjemsmedisin til videre- og etterutdanningen. Geriatri: 15 timer valgfritt kurs for leger under spesialisering.
Godkjenning sykepleiere:	Samfunnsmedisin: 15 timer som valgfritt kurs for leger under spesialisering.
Nærmere informasjon og påmelding:	15 timer meritterer til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie. Catherine Wergeland, Bergen Røde Kors sykehjem, Ellerhusensvei 35, 5043 Bergen, tlf. 55 39 34 25, fax 55 25 64 60 (merk fax til Catherine Wergeland), e-post: catherine.wergeland@brksykehjem.no Internett: www.sykehjemsmedisin.no
Påmeldingsfrist:	14. juli 2006.
Maks deltakere:	200
Andre opplysninger:	Kursarrangør er Forum Sykehjemsmedisin.
Kurspris medlemmer:	Kr 1800 for begge dager, kr 900 for en dag. I tillegg kommer eventuell dagpakke, overnatting og/eller festmiddag.
Kurspris ikke-medlemmer:	Kr 2100 for begge dager, kr 1050 for en dag. I tillegg kommer eventuell dagpakke, overnatting og/eller festmiddag.
Reise:	Berg-Hansen Reisebureau AS er Legeforeningens hovedsamarbeidspartner i forbindelse med reiser og overnattinger. Alle reiser som søkes refundert eller skal betales av Legeforeningen må bestilles gjennom dette reisebyrået.
Overnatting:	Den enkelte bestiller selv overnatting direkte fra hotellet.

Kursprogram

Dag 1: 10.30-19.00. Tema: Demens

- 10.30: Velkommen
- 10.40: Demens. Utredning og behandling. Professor dr. med Knut Engedal
- 11.30: Behandling og omsorg for pasienter med demens i Tsjekkoslovakia. Professor Iva Holmerova, Prag
- 12.15: Pause
- 12.30: Behandlingskulturen for pasienter med alvorlig demens. Dr. phil. Ingunn Moser
- 13.15: Diskusjon – Panel og Plenum
- 14.00: Lunsj.
- 15.00: Samarbeid med pårørende til pasienter med alvorlig demens. Assistentlege Øyvind Holme, sykehjemslege Margaret Stangeland og sykepleier Ulla Kristoffersen
- 15.45: Evaluering og behandling av smerte hos pasienter med kognitiv svikt. Avd. overlege Bettina Husebø
- 16.30: Pause.
- 16.50: Elektronisk pasientjournal på sykehjem. Overlege Kjell Krüger og lege Magne Rekdal
- 18.00: Kommunikasjon med demente. Psykolog spes. i gerontopsykologi Lise Næss:
- 20.00: Festmiddag

Dag 2: 09.00-16.00. Tema: Organisering av fremtidens eldreomsorg.

- 09.00: Stavanger-prosjektet og Eldreomsorgspolitik. Spesialist i allmennmedisin Kåre Reiten:
- 09.40: Fremtidens eldreomsorg – hvilken kompetanse behøver vi? Professor Marit Kirkevoll:
- 10.20: Pause.
- 10.40: Samarbeidet mellom 1. og 2.-linjetjenesten. Overlege Wenche Frogn Sellæg
- 11.10: Tvang og overmedisinering. Forsker Øivind Kirkevoll
- 11.40: Hva kan vi lære av Europa? Overlege Stein Husebø:
- 12.10: Fremtidens sykehjem. Direktør Ole Ryan Pedersen:
- 12.40: Panel og plenumsdiskusjon: Fremtidens eldreomsorg
- 14.30: Avslutning og Lunsj

Velkommen til en hyggelig og spennende helg i Kristiansand!

Cipralex[®]

Rask, effektiv, selektiv^{1,2,3}



Se preparatomtale og referanser, se side 41

www.cipralex.com

Lundbeck  Cipralex[®]
escitalopram

Ebixa® er den eneste medisinen som er godkjent for behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom^{1,2}



Redusert pleiebehov

Ebixa® reduserte pleietiden for hver pasient med 52 timer i måneden i forhold til dem som fikk placebo.³

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

Utvidet indikasjon!
Når MMS ≤ 20

Lundbeck  Ebixa®
memantin

Ebixa®

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

For referanser og preparatomtale, se side 31