



Innhold:

LEDER:

Screening – til pasientens og samfunnets beste?

Av Ivar Skeie

1

UTPOSTENS DOBBELTTIME:

Intervju med Eivind Steen.

Av Jannike Reymert

2

ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER:

Kritisk blick på screening.

Av Karin Frydenberg

6

Hjertesvikt. Av Tor Ivar Stakkevold

11

Mat og drikke...

Av Sølvi Ruud Hagen

18

Efedrin i slankepiller. Av Hilde Bjerkholt Jensen

20

ALLMENNMEDISINSK FORSKNING:

Forskning i det små. En alminnelig
allmennleges erfaring med forskning

Av Mark Fagan

22

Blodprøver i diagnostikk
av revmatiske sykdommer.

Av Hans Jacob Haga

26

Psykomotorisk fysioterapi
– tenkning og tilnærming. DEL II

Av Eline Thornquist

29

Lunsjmøte med industrien.

Av Petter Brelín og Jannike Reymert

34

Herberget – eller om å ha
flere tanker i hodet på samme tid!

Av Ivar Skeie

39

Providence. Av Dag Thelle

40

Faste spalter

41

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 Brelin

Furuvn. 1,

1781 Halden

Tlf. priv.: 69 18 16 32

Mobil: 911 15 510

E-post: petter.brelin@gmail.com

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:

Karin Frydenberg

Layout/ombrekning:

Morten Hernæs, PDC Tangen

Design, repro og trykk:

PDC Tangen

Du finner Utposten på

www.uib.no/isf/utposten

Screening

– til pasientens og samfunnets beste?

Det er bedre – når man kan – å forebygge sykdom enn å helbrede, bedre å bygge et gjerde på kanten av stupet enn ei operasjonsstue under. Det kan alle være enige i. Derfor skulle man kanskje tro at screening av friske for å oppdage risiko og mulighet for framtidig sykdom, skulle være et udiskutabelt gode.

Men slik er det ikke. Karin Frydenberg setter i artikkelen «Kritisk blikk på screening» i dette nummeret av Utposten søkelys på viktige spørsmål knyttet til screening. Hun drøfter nåværende og mulige framtidige offentlige programmer for screening opp mot kriteriene for gode og forsvarlige masseundersøkelser som Verdens Helseorganisasjon har satt opp. Og hun drøfter den uorganiserte «villscreeningen» etter initiativ fra lege eller pasient. Er dokumentasjonen av nytteverdien god nok før programmene settes i gang? Hvilke muligheter har vi til å måle programmenes forebyggende kraft underveis, hvis det ikke foreligger kontrollerte undersøkelser før start? Hvilke etiske dilemmaer stilles pasient og lege overfor når det påvises økt risiko for død eller alvorlig sykdom? Hva gjør det med et menneske når det får en diagnose som «risikant», ikke syk og ikke frisk? Hva med overdiagnostisering og overbehandling? Fortrenger den lege- og pasientinitierte «villscreeningen» oppmerksomhet, tid og ressurser fra behandling av de syke?

Vi lever i et rikt land der helsetilstanden i befolkningen er bedre enn noen gang og levealderen er svært høy og stigende. Folkehelsen er gjennomgående god. Samtidig er det økende opptatthet rundt risiko for sykdom og helsemessige katastrofer. Forskning avdekker nye mulige risikofaktorer for allehånde sykdommer, og dette får store presseoppslag og det skaper angst i befolkningen. Og dette fokuset på individuell risiko kan være et tveegget sverd – det kan få noen til å ta rev i seila og endre livsstil til eget beste, mens det setter et dødsstempel i panna på andre som ikke makter å leve slik de «burde». Dette er et poeng vi som leger bør være bevisste på, ikke minst når det gjelder «villscreening».

Denne opptattheten av risiko henger sammen med en forhåpning om at «moderne medisin» skal kunne frelse oss fra all sykdom og død. Det er selvsagt ikke mulig. Det generelle samfunnsmessige framskritt – som bedre ernæring, boligforhold og arbeidsforhold – har betydd mer for bedret helse og økt levealder enn medisinsk-tekniske gjennombrudd. Dette perspektivet er kommet mer i bakgrunnen i vår tid, fokus er dreid mer over fra det kollektive til individnivået, det er mer fokus på å forebygge «individuell» risiko enn på politiske og samfunnsmessige tiltak for bedret helse, f. eks. innen næringsmiddel- og alkoholpolitikken.

Dersom screening skulle avdekke risiko som kan påvirkes gjennom medikamentell behandling, er de økonomiske konsekvensene åpenbare. Her ligger enorme muligheter for fortjeneste for legemiddelprodusentene, og tilsvarende potensiale for kostnader for de enkelte pasienter og for fellesskapet. Hva og hvor mye skal staten dekke av forebyggende medikamentell behandling? Det er ganske åpenbart at fellesskapet ikke kan dekke en uendelig rekke av nye medikamenter på nye forebyggende indikasjoner i framtida.

«Moderne medisin» opererer i en trang nisje mellom det vi ikke kan gjøre noe med og det som blir bra av seg selv, men i denne nisjen kan vi riktignok utrette en god del fornuftig. Det er i dette perspektivet vi også bør se på screening. Nytteverdien av et screeningprogram må være klart større enn ulempene. Det må være en ballanse mellom de få som kan reddes fra tidlig sykdom og død, og de belastninger som kan påføres de mange som aldri ville blitt syke, men som blir pålagt en medikamentell behandling pga. risiko eller et fysisk og mentalt belastende utredningsprogram pga. falskt positive screeningfunn.

Ivar Skeie

Utpostens
dobbeltime

Eivind Steen

INTERVJUET AV JANNIKE REYMERT

Vi som bor i Namsos ser alltid med litt skepsis på de som bor på Steinkjer. Som nabobyer flest har vi selvsagt mange tanker om alt som er bedre hos oss, vi har finere natur, mindre narkotikamisbruk, vi er heldige som har sykehuset i byen, kort sagt: Det kan nå ikke være så greit for dem som bor på Steinkjer! Men så er det nå slik, da, at vi primærleger i mange år har

misunt Steinkjerlegene noe de har og ikke vi: Årlig akuttmedisinkurs for legene og andre samarbeidspartnere i den akutt medisinske virksomheten. Det føles egentlig litt pinlig at vi ikke har fått til det samme, det er jo sikkert ikke store jobben når det kommer til stykket... det er bare det at ingen gjør det hos oss! På Steinkjer er de derimot så heldige å ha Eivind Steen i kollegiet – og det utgjør kanskje hele forskjellen? Med ham har de hatt en primus motor som inviterer på kurs – år etter år. Hva er da mer naturlig enn å ta turen til Steinkjer og be om en dobbelttime hos Eivind Steen: Nå vil vi vite litt mer om dette opplegget!

Kanskje kan han inspirere flere til å komme i gang med liknende opplegg?

UTPOSTEN: Eivind Steen, fortell oss først litt om din bakgrunn så vi vet hvem vi nå har i tale!

Er du en «blålysmedisiner» som har masse bakgrunn på det akuttmedisinske feltet?

ES: Jeg er nok ingen «blålysmedisiner» som oppsøker dramatiske situasjoner for å få et adrenalinkick. Jeg er en høyst gjennomsnittlig kollega som opplever stress og frustrasjoner i legevaktsituasjonen på samme måte som de fleste kolleger. Privat er jeg vel også nokså gjennomsnittlig med kone, fire barn og hund. Jeg ble ferdig med medisinstudiet i Trondheim høsten 1984. Jeg hadde sykehusturnus i Namsos og fant da ut at verken sykehus eller Namsos var det rette for meg (er det mulig? Namsos som er så fin en by! Red. anm.). I min distriktsturnus i Hommelvik fikk jeg bekreftet at allmennmedisin var mitt felt. Allsidige utfordringer og selvstendig arbeid var de viktigste stikkordene. Jeg gjorde så unna sivilteneste og et vikariat i Trondheim, før jeg flyttet til Steinkjer i 1989. Der kom jeg inn i et godt og stabilt kollegialt fellesskap. I tillegg var det et svært godt samarbeid med ambulansetjenesten. Jeg fikk spesialiteten i allmennmedisin i 1992.

UTPOSTEN: Hvordan oppstod opplegget med årlige akuttmedisinkurs på Steinkjer? Hvem står for de faglige innleggene og hvordan gjør dere det rent praktisk med trening i grupper? Samarbeider dere med AMK/sykehuset?

ES: I 1994 fikk jeg oppgaven å være medisinsk ansvarlig for Legevakta i Steinkjer. Det forelå da ingen stillingsbeskrivelse, men jeg fant det naturlig å prioritere kompetansehevelse tiltak. De første årene skjedde dette gjennom internundervisning og øvelser. Jeg fant etter hvert ut at det vi hadde behov for av kompetanse, hadde også andre behov for. Ved å arrangere kurs med tellende kurstimer fikk man legene i større grad på banen. Det er vel ingen hemmelighet at allmennmedisinere stort sett bare går på kurs som gir uttelling i videre- og etterutdanningen.

Ved å tilby samme kurs til legevaktsykepleiere og ambulansesepersonell oppnådde man også å skape en arena for å danne felles fundament og forståelse for akuttmedisinske problemstillinger. I tillegg har man gjerne den effekten at det skapes et miljø og en samhörighet blant de som er involvert i prehospital akuttmedisin. På kursene benytter vi

HOVEDINNGANG LEGEVAKTA

Medical Emergency
24 hours
(74 14 10 00)

AKUTT NØDTELEFON/EMERGENCY 113
RING PÅ/PUSH BUTTON ►►►



først og fremst lokal kompetanse enten det er fra sykehusene eller andre nødetater. Trening i grupper har nok helst foregått ved interne kurs med et mindre antall deltakere.

Vi har ikke noe formelt samarbeid med Helseforetaket, men et godt samarbeid med kolleger ved sykehusene som har bidratt med faglige innlegg.

UTPOSTEN: *Hvilke temaer dekker dere på kursene?*

ES: Vi har vært gjennom temaer så som generelle sider ved legevaksarbeid, prehospital traumehåndtering, ABC (CBRN), beredskap i kommunehelsetjenesten, ulykker med farlig gods, hjerneslag, hjerteinfarkt, prehospital trombose, AHLR osv. Vi prøver å fokusere på de praktiske utfordringer og løsninger samt samhandlingen med våre samarbeidspartnere.

UTPOSTEN: *Fortell litt om hvordan dere legger opp kursene rent praktisk. Har de endret seg etter hvert som årene går? I hvilken retning?*

ES: Vi har stort sett funnet en mal som følges. Denne går ut på at vi arrangerer dagskurs med sju kurstimer. Emner skal være relevante i den praktiske hverdag og foredragsholderne skal vektlegge den prehospitale håndtering. Kurset søkes godkjent for tellende kurspoeng. Det utlyses i Tidsskriftet samt med skriftlig invitasjon til legevaktsentraler, ambulansetjeneste og kolleger i Nord-Trøndelag. Kursavgiften settes til et nøkternt nivå, og vi står selv ansvarlige for økonomien. Denne malen synes å ha fungert de siste årene, så det er nok innholdet i kursene som forandrer seg ut i fra hvordan en vurderer hva som er mest aktuelle emner.

UTPOSTEN: *Hvordan er oppslutningen blant de ulike yrkesgruppene? Er det noen fallgruber dere har gått i når ulike yrkesgrupper skal kurses sammen?*

ES: Det har vært god oppslutning fra både leger, ambulansepersonell og sykepleiere. Ved vårt siste kurs var det 110 deltagere og de fordelte seg nokså jevnt på de tre profesjonene. Inntrykket var at alle tre profesjoner hadde godt utbytte av foredragene. Dette skyldes nok at vi har fått foredrags-

holdere med god evne til å formidle det faglige innholdet. Vi har ikke ved noe kurs vi har avholdt opplevd at noen av profesjonene har følt seg «utenfor».

UTPOSTEN: *Nå er dere sikkert gode på dette med akuttmedisin på Steinkjer, så godt som dere har kurset dere gjennom årene, men kan du allikevel si noe om hvor vi primærleger svikter mest på dette feltet? Og hva takler vi best? Hva har vi å bidra med i det lokale akuttmedisinske teamet?*

ES: Vi primærleger har bred erfaring og er godt kompetente til å vurdere akutte tilstander. Vi er ikke nødvendigvis så gode teknikere, så vi kan godt la ambulansespersonellet

legge inn venflon og håndtere elektromedisinsk apparatur. Det kan de som regel bedre enn oss. Vår største utfordring er nok å være tilstede og ta ansvar i de akuttmedisinske situasjoner. En alvorlig syk eller skadet pasient fortjener at legen, som tross alt har bredest medisinsk kompetanse, har ledelsen av vurdering og behandling. For å kunne fylle denne rollen må vi være oppdatert på akuttmedisinske tilstander og prosedyrer ved disse. Vi må ha mot til å markere oss som ledere i slike situasjoner.

UTPOSTEN: *I Utposten nr 5/2006 kommer det fram at vi nå er lovpålagt å ha årlige øvelser/samarbeidskurs med alle som inngår i den akuttmedisinske kjeden Vil du si at de kursene dere arrangerer dekker kravene i Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus?*

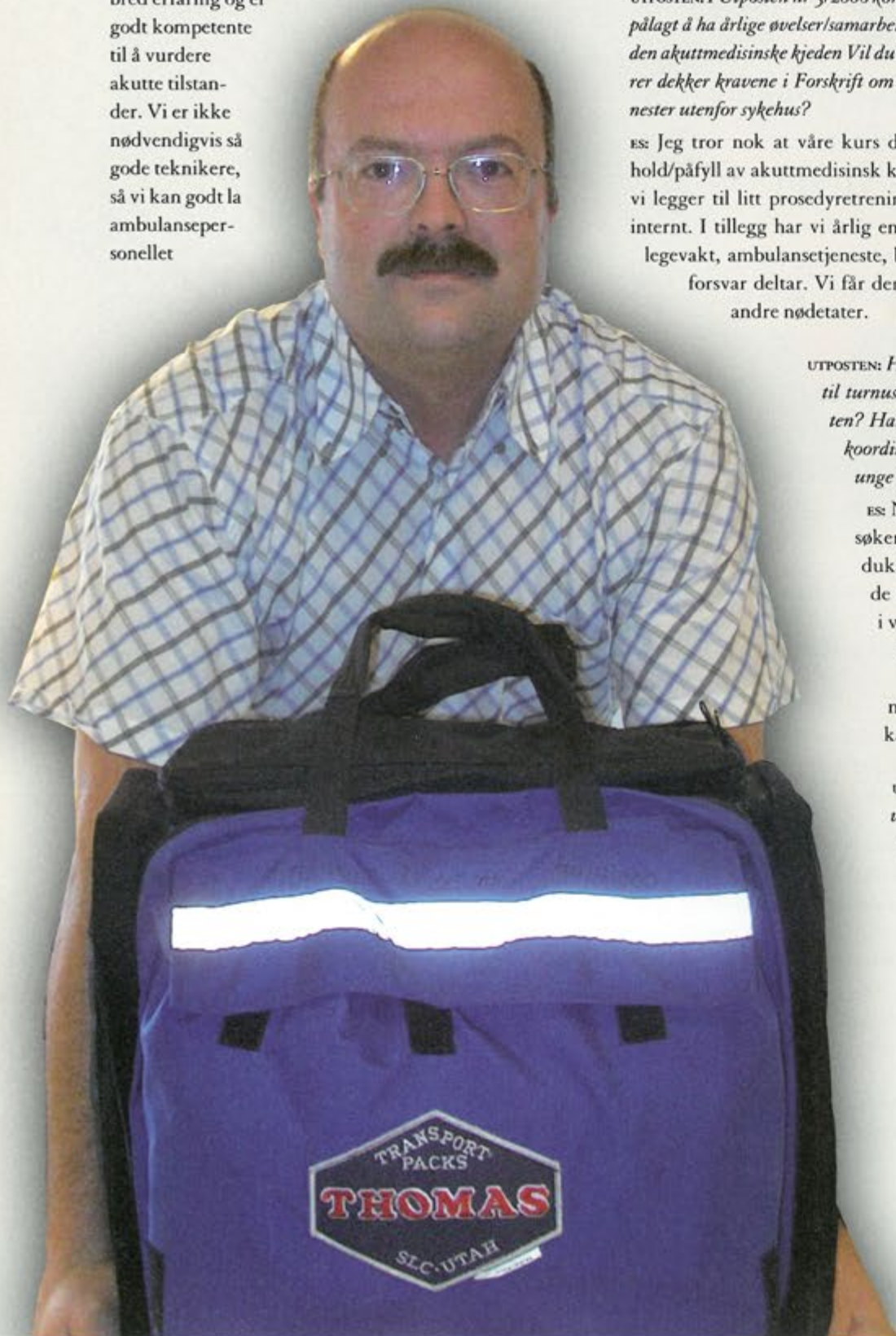
ES: Jeg tror nok at våre kurs dekker kravet om vedlikehold/påfyll av akuttmedisinsk kompetanse, i hvert fall hvis vi legger til litt prosedyretrening som vi har mulighet til internt. I tillegg har vi årlig en redningsøvelse hvor både legevakt, ambulansetjeneste, brannvesen, politi og sivilforsvar deltar. Vi får der øvd samhandling med de andre nødetater.

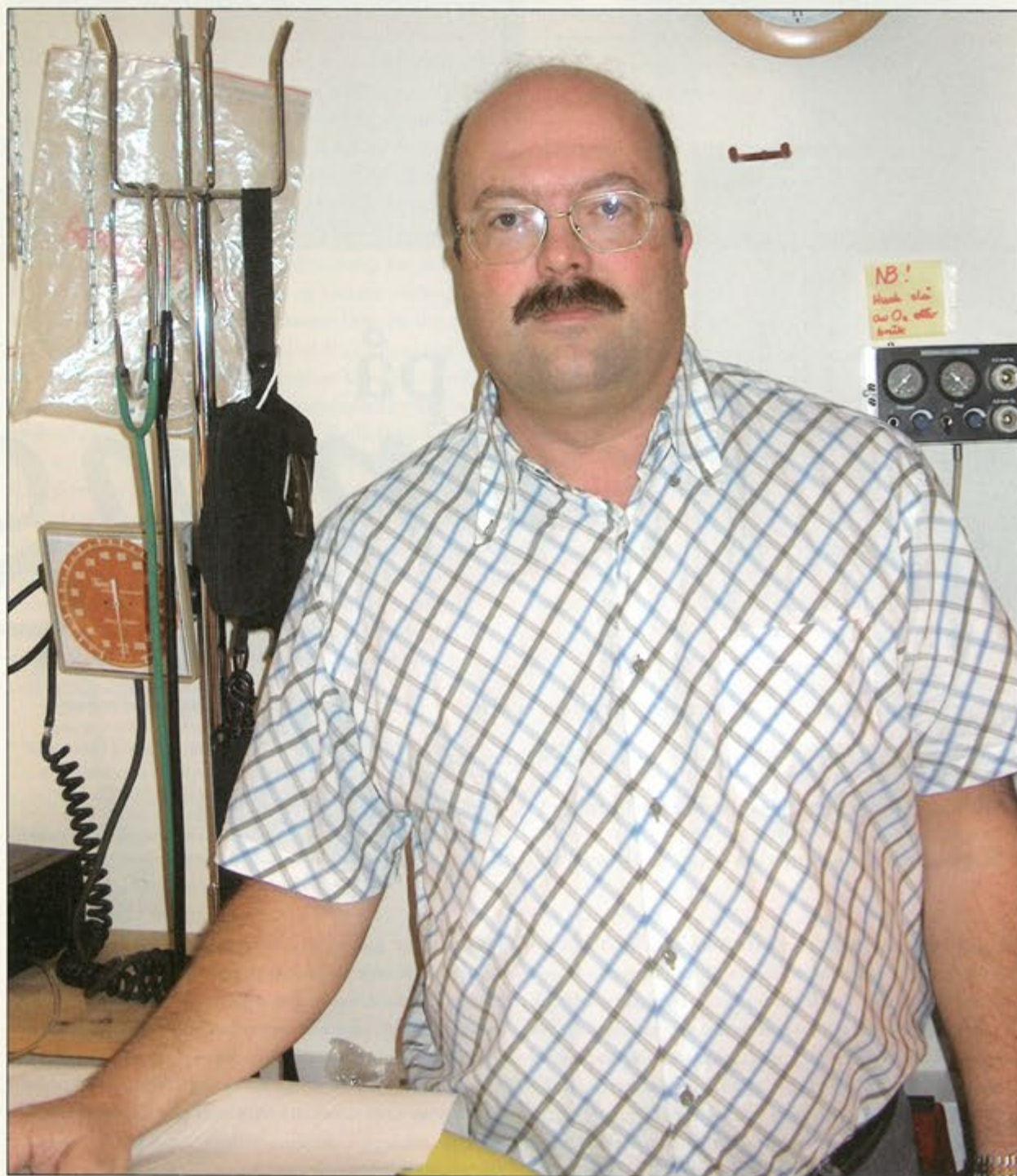
UTPOSTEN: *Hva med det nye kurstilbudet til turnusleger i kommunehelsetjenesten? Har dere samarbeid med fylkeskoordinatorene for kursing av disse unge kollegaene?*

ES: Nei, vi har ikke det. Vi forsøker imidlertid å få til en introduksjon til legevaksarbeid når de nye turnuslegene begynner i vårt legevaksdistrikt. Dette i form av en strukturert gjennomgang av lokaler, materiell, radiosamband, lokale planverk og prosedyrer.

UTPOSTEN: *Vaktangst er jo noe vi alle kan føle på – i mer eller mindre grad- tar dere opp slike ting på kursene?*

ES: Nei, det har vi ikke gjort så langt. Dette er et vanskelig emne som i stor grad er tabubelagt, men det er nok behov for å ta opp et slikt emne. Det passer ikke inn i den kursmalen vi har fulgt, det passer nok bedre inn i et seminar kun for leger.





UTPOSTEN: Kan du si noe om hvordan legevakta er organisert på Steinkjer? Hvilke faktorer i legevaktsorganiseringa vil du si påvirker vår funksjon når alarmen går og blålysene settes på?

ES: Legevakta på Steinkjer er organisert som en døgnbemannet legevaktsentral hvor det alltid er sykepleier tilstede. På dagtid på ukedager betjener sentralen Steinkjer kommune. På kveld, natt og helg betjener sentralen Snåsa, Steinkjer og Verran. I tidsrommet 23-08 er det tilstedevakt jfr sentral overenskomst om interkommunal legevaktsen-

tral. Resten av døgnet er legen tilstede i den grad det er behov for det. Når alarmen går, er vi en del av et lokalt akuttmedisinsk team eller et større redningsapparat. For at vi skal fungere i slike situasjoner trenger vi nødvendig faglig ballast i form av teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter, samt trygghet på oss selv. Vi er også avhengig av å stole på våre samarbeidspartnere når vi er ute i «felten». Da føles det trygt å arbeide sammen med personer vi har bygd kompetanse sammen med gjennom kurs og øvelser.



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.

Kritisk blikk på screening

AV KARIN FRYDENBERG

- Screening innføres uten at dokumentert effekt er vist.
- Screening kan føre til sykliggjøring og overdiagnostisering.
- Villscreening kan gi pasienten økt belastning.
- Screening for sykdomsrisiko kan gi økt sykkelighet.



Karin Frydenberg

cand. med. fra Tyskland 1982, spesialist i allm. med. fra 1991, allm. praksis fra 1986, på Skreia Legesenter i Østre Toten fra 1989, med i Utpostenredaksjonen fra april i år.

Vi utsettes for undersøkelser i sykdomsforebyggende hensikt fra fødsel til godt inn i alderdommen. Noen er godt begrunnet og nyttige, andre reiser vanskelige spørsmål eller har så alvorlige sideeffekter at man bør vurdere å fjerne dem. Allmennlegers viktigste oppgaver er diagnostikk og behandling, og vi skal helst prioritere dem som trenger det mest. Jeg har ofte spurt meg, og har hørt det samme fra mange kolleger, om det er riktig å bruke så mye tid på screeningundersøkelser av friske mennesker. Disse innføres ofte uten god dokumentasjon av nytten for befolkningen, og på svakt grunnlag står de siden urokkelig uten at man spør om berettigelsen for å opprettholde dem. Utredning er nødvendig for å behandle sykdom, men undersøkelser for å påvise risiko for senere sykdom er likevel tveegget. De kan hjelpe noen, men kan også skape nye pasienter med problemer som er påført eller fremhevet og understreket av legen. Sykeliggjøring og overdiagnostisering kan også være bivirkninger, og undersøkelserne kan ta fokus bort fra viktige ting. La oss se nærmere på noen av problemene.

Vi definerer gjerne screeningundersøkelser som organiserte masseundersøkelser av en definert befolkningsgruppe, mens villscreening, eller opportunistisk screening, er uorganiserte lege- eller pasientinitierte undersøkelser for å avdekke skjult sykdom eller risiko for sykdom. Screening, villscreening, risiko for sykdom og diagnostiske undersøkelser, er vevd sammen i en vev det ofte kan være vanskelig å se trådene i. Mellom villscreening og diagnostiske undersøkelser, er det ingen klare skillelinjer.

WHO's kriterier

WHO's kriterier for faglig forsvarlig screening er omfattende, fordi man når man screener presumptivt friske individer, bør være sikker på at nytten overskygger skadevirkningene.

- Sykdommen må ha alvorlige konsekvenser
- Det må være mulig å påvirke sykdommens forløp
- Sykdommen må ha en asymptomatisk periode (identifiserbar høyrisikostatus)

- Screening må ha dokumentert effekt
- Screening må være enkel, akseptabel og med valide tester
- Sykdommen må ha så høy prevalens at det rettfærdiggjør kostnadene

Er de innførte screeningundersøkelsene effektive?

Vi har de siste 10–15 årene innført flere store screeningundersøkelser. Villscreening er blitt mulig for flere sykdommer og brukes mer ukritisk og i større omfang. Den faglige dokumentasjonen for å starte flere av screeningundersøkelsene har vært mangelfull (1,2). Mens diskusjonen rundt villscreening for osteoporose har vært vanskelig å forstå pga stor grad av tall- og begrepsforvirring (3), har andre diskusjoner vært forvirrende fordi fagmiljøer har stått steilt mot hverandre. Medikamentell behandling mot osteoporose er blitt mulig, men effekten er marginal og kun for definerte grupper og til store kostnader for samfunnet. Media overdriver farer om dødelige sykdommer og skaper angst. Mange aktører vil tjene penger på befolkningens sykdomsangst, slik at agendaen ikke alltid er konstruktiv helseopplysning. For allmennlegen kan det derfor være vanskelig, både pedagogisk og faglig, å nå frem med balansert informasjon til pasientene.

Verken HIV-screening av gravide, cervixcytologi-screening eller mammografiscreening hadde randomiserte undersøkelser som dokumenterte effekt før de ble innført. Man har HIV-screenet gravide i snart 20 år og burde nå spørre om man har oppnådd positive resultater og fjerne den hvis det ikke finnes gode svar (1).

Cervixcytologi

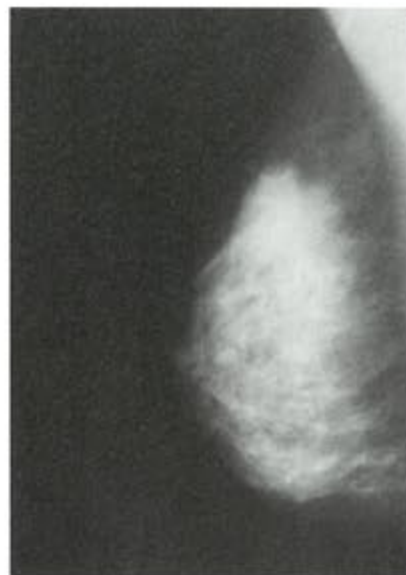
Etter innføring av cytologiscreening har man ikke kunnet vise effekt på insidensen av livmorhalskreft. Den var nemlig jevnt fallende til 1987 og etter det har den holdt seg relativt konstant. Fallet i insidensen kom parallelt i de nordiske land og kom altså før innføringen av organisert screening(4). Dette kan forklares av at villscreening var utbredt

før programmet ble innført. Man hadde ikke gode randomiserte studier fra før innføringen, og nå er det for sent(2). Kanskje er villscreening et like effektivt middel til å oppdage livmorhalskreft tidlig?

Mammografi

Siden man heller ikke for mammografiscreening (2) hadde randomiserte, sammenliknende undersøkelser fra før innføring av screening, kan vi ikke i ettertid vurdere effekten sikkert. Noen tall kan tyde på en bedre overlevelse,

men vi vet ikke om og hvor mye insidensen forandrer seg over tid, og kan derfor ikke sammenlikne dagens tall med tall fra før innføring av screening. Diagnostikk, behandling og oppfølging av mammacancer har fått et løft etter innføringen av screening (5), og man må anta at det også påvirker overlevelsen. Det har vært diskutert om man påvirker sykdommens forløp, eller om man bare oppdager kreften tidligere slik at kvinnen må leve flere år som syk uten at hun får flere leveår.



Det er også et stort antall falskt positive resultater. I underkant av 5 prosent blir innkalt til utdypende undersøkelser, mens man finner kreft hos 0,6 prosent. Noen blir unødvendig operert pga uklare eller falske funn, og nylig er det igjen vist at overdiagnostisering er et betydelig problem. Det dokumenteres i en svensk undersøkelse (6) publisert i British Medical Journal (BMJ) i år, at 10 prosent av kreftdiagnosene i mammografiscreeningen er overdiagnostisering. Per-Henrik Zahl skriver i Tidsskrift for den norske Lægeforening nr 17 i 2004 at så mye som to tredjedeler av brystkrefttilfellene oppdaget ved screeningen, er overdiagnostisering (7). Hans beregninger er blitt diskutert, likeså den svenske gruppens. Mens Zahl beskyldes for å estimere for høyt, mener en del i leserbrev i BMJ at de beregnede 10 prosent fra den svenske gruppen, er for lavt. Det betyr uansett at et stort antall kvinner uten grunn hvert år får en brystkreftdiagnose de opereres for og må leve videre med trusselen fra. Dette er etter min mening en viktig innvending mot mammografiscreening som må få følger for hvordan den skal drives videre.

Eksempel på screeningsundersøkelser:

- Av nyfødte: Føllings test på fenylketonuri fra 1978, hypotyreosetest fra 1979
- Barnekontrollene på helsestasjonen.
- Tuberculinest på ungdomsskolen.
- HIV test av gravide fra 1987
- Cervixcytologi fra 1995 på kvinner fra 25–69 år
- Mammografi fra 2004 på kvinner fra 50–69 år

Eksempel på screeningundersøkelser som diskuteres innført:

- Universell hørselstest av nyfødte
- Tidlig ultralyd av gravide
- Coloskopi
- CT colografi
- CT thorax
- Div. fecaltester som FOBT og Genefec
- Gentester

Nye screeningprogrammer?

Hett tema i sommer: Screening av gravide for gruppe B streptokokker (GBS) i skjeden etter at åtte spedbarn døde av GBS infeksjon i første halvdel av 2006. Selv om denne testen er innført i USA og noen fagrøster har gått inn for det i Norge også, har Folkehelse og helsemyndighetene hittil avvist dette. Det undersøkes imidlertid nå om bakterien har endret virulens og om man derfor bør innføre screening. Ca 30 prosent av alle gravide har GBS i skjeden i perioder. Hvis man tester i 35.-36. uke, kan det likevel være en falsk negativ prøve, og hvis man skal behandle dem som testes positivt på GBS, må svært mange av de fødende kvinnene få i.v. penicillin under fødselen. Det kan ha negative konsekvenser både for mor og barn, miljø og resistensutvikling. Det vil bety flere undersøkelser av den gravide, flere oppfølgingssamtaler og mer engstelse uten at vi vet hvor mange barn vi vil redde.

Coloskopi-screening på colorektalcancer diskuteres også innført, men fagmiljøene i Norge ønsker å gjennomføre randomiserte undersøkelser i forkant. Coloskopi er ressurskrevende, men colorektalcancer er en hyppig kreftform med økende incidens og med forstadier som kan oppdages, behandles enkelt og gi kurasjon. Dette er faktorer som kan forsvare innføring av screening, men likevel må den faglige begrunnelsen og nytteeffekten være grundig dokumentert, og resultatet av gode forskningsundersøkelser må analyseres kritisk før en eventuell innføring av screening (8). Coloskopiscreening er allerede innført i Tyskland og USA uten at man på forhånd har dokumentert effekt.

WHO's kriterier for faglig forsvarlig screening er ikke oppfylt ved de omtalte screeningprogrammene, men WHO anbefalte selv innføring av mammografiscreening og følger altså ikke egne kriterier. Det er å håpe at randomiserte undersøkelser vedrørende nytten av coloskopiscreening gjennomføres før en eventuell innføring. Diskusjonen rundt innføring av et screeningprogram følges ofte av diskusjoner i media, og politisk press kan bidra til at den innføres før dokumentasjon foreligger.

Ultralydscreening av barnets nakkefold i 12.-13. svangerskapsuke for mulig påvisning av Down syndrom, er ikke innført, men har vært diskutert. I Danmark gis alle gravide tilbud uansett mors alder mens man i Norge gir tilbud om undersøkelse av mødre >38 år. I Danmark får mor beskjed av den som gjør ultralyden hvor stor risiko det er for at bar-

net har Down syndrom. Amniocentese gjøres hvis risikoen er over et visst nivå. Mange gjennomfører abort hvis Down syndrom påvises. Andre blir redde pga økt risiko. Dette reiser flere vanskelige etiske spørsmål.

Hvor vill er villscreeningen?

Ultralydscreening for ovarial cancer diskuteres. Som et generelt tilbud har dette vist seg å ikke gi noen helsegevinst for kvinnene (9). Det er dokumentert å ikke ha effekt. Det tilbys likevel av privatpraktiserende spesialister og kreves av enkelte kvinner «for å føle seg sikker». Helsevesen og presse må nok dele skylden for denne feilinformasjonen, men den er til irritasjon i den allmennmedisinske hverdag. Men pasienter skal behandles individuelt og undergrupper av kvinner med arvelig disposisjon for ovarialcancer skal følges med ultralyd eller de skal eventuelt tilbys primær oforektomi ved menopause. Når det gjelder PSA-screening for å finne prostatakreft har allmennleger forholdt seg til nasjonale retningslinjer som hittil har gått imot screening uten symptomer på sykdom i urinveiene, i større grad enn urologer (10), kanskje fordi problemene ved screening blir tydeligere i allmennpraksis. Ofte finner vi en lett forhøyet PSA ved prostatisme. Det medfører utredning og oppfølging, med de belastninger det innebærer for pasienten. Men likevel kan spørsmålet om kreft forbli uavklart i mange år, kanskje for alltid. Noen lever godt med en viss risiko mens det for andre er ødeleggende og angstskapende.

Hvor mye risiko kan vi leve med?

Villscreening kan i noen tilfeller være nødvendig og viktig, andre ganger kan det være unødvendig, dyrt og skadelig. Villscreening er utbredt og økende pga flere tilgjengelige tester og fordi pressens fokus på sykdom og risiko medvirker til helseangst i befolkningen og hos legene (11). Testingen utføres på gatehjørner, veitrafikkstasjoner, apotek, røntgeninstitutter og i diverse «helsebutikker». Flere trenger bevis for at de er friske, for mye tyder på at vi tester oss for å forsikre oss om at vi ikke har sykdommen eller risiko for sykdom. Vi i et av verdens rikeste land, ønsker å kjøpe oss bort fra all sykdomstrussel, og noen synes å tro at det er mulig. Samfunnet er orientert mot å minimere risiko

Eksempel på villscreening eller oportunistisk screening:

- Div. blodprøver og undersøkelser på pasienter uten sykdom, men med antatt økt risiko for sykdom.
- Hb, ustix, Hemo fec, kolesterol, blodsukker, HbA1C, lipidprofil, PSA, B12, metylmalonsyre, BT, EKG, rtg thorax, klamydiatest av abortsøkende, beinmineraltetthetsmåling, ultralyd av ovarier og bukkaorta, Helicobakter pyloritest, og mange flere.

for sykdom og død. Terskelen for hva som er akseptabel risiko, senkes stadig her hvor vi lever så beskyttet mot mange av de helsetrusler som store deler av verden må leve med. Vi bruker masse tid, krefter og ressurser for å kunne tro at vi er helt friske. Til dette trenger vi tester, undersøkelser, leger og mange andre. Om vi kan forsvare testingen ut fra om en sykdom har alvorlige konsekvenser, er ofte vanskelig å besvare før vi har tatt testene - og da har vi allerede vevet oss inn i beregninger om sykdomsrisiko. I tillegg kan andre enn rent faglige argumenter ligge til grunn for undersøkelsene. Legen kan føle seg presset av pasienter og av sin egen forsiktighet og forordne prøver eller undersøkelser «for sikkerhets skyld» (11). Gjennom vår sykdoms- og risikofokus gjør vi «litt usunne mennesker» om til pasienter når vi initierer undersøkelser i forebyggende hensikt, eller «for sikkerhets skyld». Selv om BT og kolesterol går ned, og forebyggende tiltak mot osteoporose kan iverksettes, kan det hende vi har påført dem en større byrde og et dårligere liv nå, ved vår fokusering på livet deres om 20 år. Vi kaller det forebyggende helsearbeid og påfører pasienter mange medikamenter og hyppige legekontroller. Pasienten har et ønske om risikominimering, helst til null. Men fokus på risiko kan øke den og gi sykdom hvis den fører til uønsket adferd, enten det er angst eller protesthandlinger.

Testingen og undersøkelsene alene kan være sykdomsfremkallende

Vi har aldri vært så friske. Likevel leter vi etter sykdom. Frykt for sykdom selger, presseoppslag overdimensjonerer truslene. Mange blir redde og søker helsevesenet eller andre hjelpere selv om de føler seg, og er friske, og mange aktører i samfunnet utnytter og lever av denne angsten. Ikke sjelden opplever vi pasienter som kommer til oss fordi andre er bekymret for deres helse. Ola er 52 år. Han er blitt presset av sin kone til å oppsøke lege for «sjekk». Hun sa til ham: «Kjære Ola, du er flott som du er, men litt rund er du jo blitt, og du har vel aldri målt blodtrykket ditt? Jeg går til lege en gang i året jeg!» Så da han litt uvillig sitter der hos legen og må innrømme sin overvekt, legen måler BT 150/90 og kolesterol på 6,7 og begynner å informere om 10–20 prosent 10-års-risiko for alvorlig hjertesykdom, da begynner han å svette og bryter ut: «Jeg hadde det så bra, jeg er sprek, jeg går lange turer med hunden min hver dag, min kone er glad i magen min og så skal jeg begynne å frykte en snarlig død!»

Har doktoren påført ham sykdom og helseangst eller gitt ham mulighet for et lengre og friskere liv? Hvor friske er de friske, og hvor mye sykdom er vi med på å påføre dem? Når Ola kommer til oss, bør vi kanskje spørre ham hva han ønsker at vi skal gjøre før vi følger en nasjonal handlingsplan for forebygging av hjerte-karsykdommer. Kanskje vi burde informere ham om hvilken risiko han tar ved å gå inn til oss

for å gjennomgå en risikovurdering? Når en annen pasient kommer for blodtrykkskontroll, er det ikke sikkert hun bryr seg om sin kolesterol, mens hennes vonde hofte plager henne daglig. Kanskje kommer hun ikke til orde med problemet rundt hofta fordi tida brukes til risikoberegning av hjerte-karsykdom. Samtale og intervensjon rundt primær- og sekundærforebygging er krevende, individuelle samtaler som fordrer at vi mest lytter til signalene om hva pasienten selv ønsker å forebygge, samtidig som vi har et selvstendig ansvar når pasienten har søkt oss som helserådgiver (12).

Det å være med i screeningundersøkelse eller på «helse-sjekk» hos doktoren påvirker egen helse. Men om det gir angst eller trygghet, fører til ansvarsfraskrivelse eller gjør at man endrer uheldig adferd, er individuelt. Jeg frykter at vår søken etter sykdom og risiko og forebygging kan skade mer enn vi skjønner og skaffe oss nye pasienter som ikke burde vært hos oss og fortrenge andre som trenger oss. Jeg har selv ikke noe forsvar mot strømmen av screeningundersøkelser som av og til skader og av og til nytter. Men vi må stadig kreve ny vurdering av tidligere innførte screeningundersøkelser med dårlig dokumentert nytte, og vi må bevare vårt kritiske blikk, informere oss selv først og så pasienten om hva vi begir oss inn på, og be om velbegrunnet dokumentasjon på eventuelle nye screeningundersøkelser.

Litteratur

1. Reinart LM, Hægeland A, Tollefsen MF, Bjørkeng W. HIV-screening av gravide i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 221–4.
2. Zahl P-H. Er nytten av organisert masseundersøkelse for livmorhalskreft og brystkreft i Norge vitenskapelig bevist? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2002–5.
3. Høiseth A. Osteoporose og bruddrisiko. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1701–2.
4. Sauer T, Thoresen SØ. Kvalitetsmanual. Masseundersøkelse mot livmorhalskreft; Kreftregisteret, mai 2005.
5. Schlichting E. Er mammografiscreening nyttig? *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 17, 2004; 124.
6. Zackrisson S, Andersson I, Janzon L et al. Rate of over-diagnosis of breast cancer 15 years after end of Malmö mammographic screening trial: follow-up study. *BMJ* 2006; 332: 689–91.
7. Zahl P-H, Mæhlen J. Overdiagnostisering ved mammografiscreening. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 17, 2004; 124: 2238–39.
8. Bretthauer M, NordICC-gruppen. Politik og vitenskap ved screening for kolorektal kreft. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 13–14, 2006; 126: 1766–7.
9. Bjørge T, Dørum A, Tropé CG. Ovarialcancerscreening. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1444–8.
10. Norderhaug IN, Wisløff T, Fosså S, Sandberg S, Malde K, Forland F, Førde OH. Formidling av kunnskapsbasert informasjon om PSA-test og prostatakreft til leger. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 22, 2004; 124: 2893–5.
11. Lundevall S. Hva må til for å utelukke sykdom hos de som er «friske og bekymret»? *Utposten* 2005 nr 7.
12. Hetlevik I, Haldorsen PA. Signe Skred – Hva har hun å vinne ved forebyggende statinbehandling? *Utposten* 2006 nr 4.

NYCOMED



Senker homocystein effektivt



Vitamin B₁₂, B₆ og folsyre

C TrioBe «Recip B-vitaminpreparat. ATC-nr.: A11E

TABLETTER: Hver tablett inneh.: Folsyre 0,8 mg, cyanokobalamin (B12) 0,5 mg, pyridoksinhydroklorid (B6) 3 mg, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Forebygging av symptomgivende mangel på vitamin B6, vitamin B12 og folsyre ved utilstrekkelig inntak av føde eller malabsorpsjon, spesielt hos eldre.

Dosering: 1 tablett daglig. Svelges med et glass vann.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Sekundærprevensjon av neuralrørsdefekt.

Forsiktighetsregler: Ikke indisert for behandling av symptomgivende mangel på vitamin B6, vitamin B12 og folsyre. Effektiv behandling av manifest megaloblastisk anemi og pernisiøs anemi kan kreve parenteral administrering av vitamin B12 i begynnelsen av behandlingen. Skal ikke brukes til pasienter som har gjennomgått en større tynntarmsreseksjon.

Interaksjoner: Folsyre kan øke metabolismen av enkelte antiepileptika, som fenobarbital og fenytoin. Folsyre kan også interferere med effekten av folsyreantagonister, f.eks. metotreksat, trimetoprim og pyrimetamin. (I: B03B B01 folsyre, A11H A02 pyridoksin, B03B A vitamin B12(cyanokobalamin og analoger))

Graviditet/Amning: Ingen kjent risiko ved bruk under graviditet eller amning.

Bivirkninger: Sjeldne (<1/1000): Hud: Aknelignende utslett. Allergiske reaksjoner som urticaria, pruritus, erytem.

Overdosering/Forgiftning: Folsyre har lav toksisitet. Det er ikke registrert bivirkninger hos voksne som har inntatt enten 400 mg/dag i 5 måneder eller 10 mg/dag i 5 år. Ved langtids høydosebehandling med pyridoksin har en del personer utviklet perifere neuropatier. Cyanokobalamin har lav toksisitet. Selv ikke ved høye doser forventes symptomer.

Egenskaper: Klassifisering: Vitamin B-preparat. Virkningsmekanisme: Folsyre og vitamin B12 er nødvendige for visse transmetyliseringsprosesser, bl.a. ved syntesen av DNA og RNA. Folsyremangel gir opphav til megaloblastisk anemi av samme type som forårsakes av mangel på vitamin B12. Preparatet reduserer forhøyde plasmanivåer av homocystein. Høye homocysteinverdier er assosiert med økt risiko for f.eks. hjerte- og karsykdom.

Absorpsjon: Vitamin B12 absorberes passivt i tynntarmen uten nærvær av «intrinsic factor». Absorpsjonsgrad ca. 1% uavhengig av dosens størrelse. Folsyre absorberes raskt fra mave-tarmkanalen. Vitamin B6 absorberes godt. **Utskillelse:** Renalt.

Pakninger og priser: 100 stk. 217,60.



Recip

HJERTESVIKT

AV TOR IVAR STAKKEVOLD

Hjertesvikt er ikke et entydig begrep.

Siden det er flere årsaker til denne kliniske tilstanden vil behandlingsstrategien også være forskjellig. I denne artikkelen vil jeg forsøke å be-

lyse den vanligste formen for hjertesvikt, den såkalte systoliske hjertesvikten som er forårsaket av hjerte-kar sykdom. Som en illustrasjon vil jeg presentere en sykehistorie. Jeg vil i denne artikkelen også gjøre forsøk på å nyansere hjertesvikt-begrepet, både patofysiologisk, etiologisk og følgelig også behandlingsmessig.

Tor Ivar Skakkevold

spesialist i kardiologi, seksjonsoverlege ved medisinsk avdeling, Sykehuset Namsos. Tidligere spesialist i allmennmedisin med 12 års fartstid i allmennmedisin før kardiologien fenget for mye.

74 år gammel kvinne, enke, bor alene, steller seg selv og er kognitivt velfungerende. Hun har vært behandlet for hypertensjon og hypothyreose i 15 år. Siste to til tre år diabetes mellitus type 2, godt kontrollert med perorale antidiabetika.

Hun ble innlagt lokalsykehuset åtte måneder tilbake for et nedreveggsinfarkt. Pasienten ble ikke invasivt utredet.

Etter dette har pasienten ikke hatt noen angina, heller ingen orthopne eller betydelig funksjonsdyspne inntil det aktuelle.

Pasienten oppsøker deg fredag etter lunch fordi hun i det siste har merket tiltagende tungpust.

MEDISINER:

Selo-Zok 50 mg x 1
Moduretic mite 1x1
Albyl-E 75 mg x 1
Levaxin 100 mikrog x 1
Metformin 500 mg x 2
Simvastatin 40 mg vesp

I sykehistorien er det viktig å få frem hva pasienten opplever som tungpust. Mange pasienter bruker betegnelsen tungpust for alt fra generell slapphet og til det vi mener med dyspne. I fall vi får frem reell tungpustethet, som jo er det vanligste symptom på hjertesvikt, må en gå videre med å beskrive denne.

Pasienten forteller at hun i «alle de år» har gått en fast tur på ca to km fire til fem ganger i uken, og har tidligere gjennomført denne turen uten problemer. Over de siste to til tre måneder har pasienten imidlertid merket at hun blir tungpustet i små motbakker og at hun derfor må gå roligere.

Anamnesen så langt er klart suspekt på utvikling av *akutt* hjertesvikt.

Med *akutt* hjertesvikt tenker vi enten på en nyoppstått hjertesvikt med tegn på lungestuvning (ved en svikt av venstre ventrikel) eller en utvikling av en inkompensasjon av en kronisk svikt. En *kronisk* svikt er en sviktende ventrikel der vi har oppnådd kontroll over væskeretensjonen slik at lungestuvningen ikke er spesielt merkbart og pasienten således ikke opplever betydelig dyspne. Svikten er da kompensert. Hva er da egentlig en kronisk svikt tilnærmet uten symptomer? Hvordan kan dette påvises? Den vanligste måten å påvise denne tilstanden på er undersøkelse med Ecco/Dopler (E/D) av hjertet der vi kan påvise en svekket venstreventrikelfunksjon. Vi kan påvise at «pumpa ikke fungerer normalt». Så langt har jeg omtalt en systolisk svikt med symptomer på lungestuvning (av og til også betegnet som *bakoversvikt*). Sviktpasienter vil som regel også ha symptomer på at «pumpa» heller ikke pumper normalt til det perifere arteriegebetet. Dette vil være symptomer som kan tilskrives en såkalt *fremoversvikt*. Pasienter med en kompensert kronisk svikt vil nok kunne merke symptomer på en fremoversvikt, som for eksempel øket slitenhetsfølelse.

Tilbake til vår pasient.

Pasienten forteller videre at hun de to siste ukene har våknet om nettene grunnet tungpust der hun har oppnådd bedring etter en «ekstra» pute under hodet.

Nå må vi ta en kort differentialdiagnostisk pause. Første del av sykehistorien med funksjonsdyspne kan være forenlig med flere forskjellige tilstander. En slik sykehistorie krever at vi tenker både på anemi, hypothyreose, en noe lengrevarende luftveis-infeksjon, KOLS, lungeemboli og en sjelden gang nyresvikt. Pasientens sykehistorie med tidligere hjer-teinfarkt gjør at vi raskt mistenker hjertesvikt. Vi må da huske på at funksjonsdyspne – selv uten anstrengelsesrelaterte brystmerter – også kan skyldes forverret coronarkar-sykdom. Utvikling av nattlig orthopne gjør imidlertid sviktdiagnosen svært sannsynlig.

Ved klinisk undersøkelse finner du normale hjer tetoner og en systolisk, ru ejsjonslyd grad 2 av 4, med p.m. i 2. høyre i.c.r., noe knatrelyder over basale deler av begge lunger, for øvrig er klinisk u.s. uten anmerkninger.

Du tar EKG som viser sinusrytme, rest etter NVI men uforandret fra EKG tatt fem måneder tidligere.

Du tar Hb og CRP som er normale og blodsukker: 7,8, HbA1C: 7,2. TSH, elektrolytter og kreatinin forventer du svar på kommende mandag.

Hva nå?

1. Sannsynlig diagnose

Sykehistorien taler sterkt for at pasienten har utviklet hjer-tesvikt. Normal CRP svekker sannsynligheten for lunge-infeksjon, og anamnese med en gradvis progresjon av dyspnoe med etter hvert også orthopne gjør lungeemboli lite sannsynlig. Du bestemmer deg for at pasienten høyst sannsynlig har utviklet hjertesvikt.

2. Tiltak

Skal pasienten innlegges for utredning/behandling? Vi må i denne sammenheng vurdere hvor «stabil» pasienten er. En må da vektlegge pasientens kliniske tilstand og hvor raskt en eventuell utvikling har funnet sted. Pasienten har ikke symptomer når hun sitter på ditt kontor. Noe urovekkende er det at pasienten har utviklet orthopne. På den annen side har pasienten hatt orthopne i to uker og «taklet» sin nattlige tungpust med en ekstra pute. Jeg synes det er helt adekvat å starte utredning og behandling uten innleggelse. På den annen side må det klart bli godtatt at en legger pasienten inn på medisinsk avdeling fordi en har funnet sykehistorien noe «utrygg».

3. Du «beholder» pasienten.

Hva gjør du nå?

Det er to faktorer å ta standpunkt til:

A. UTREDNING

Pasienten bør utredes på medisinsk poliklinikk. Det er ønskelig både med E/D av cor og et Arbeids-EKG. Det er også greit med et rtg. thorax. En forventet u.s. ved med.pol. med

en slik sykehistorie blir hos oss ikke prioritert raskere enn tre til fire ukers venting.

Men primærlegen bør øke sannsynligheten for riktig diagnose med et rtg. thorax før oppstart behandling. Jeg kan forstå at en kan være uenig i rasjonalitet med rtg. thorax før oppstart av behandling med diuretika. En forventet klinisk bedring på diuretika-behandling og påvist svekket venstre-ventrikkelfunksjon ved senere E/D av cor skulle jo holde diagnosen. Da det imidlertid er tale om en prognostisk svært alvorlig diagnose med mulig svært resurskrevende intervensjon finner jeg det gunstig at forholdsvis enkle diagnostiske tiltak gjøres så raskt som mulig. Og i dette tilfellet kan en jo ved E/D av cor finne en god venstre ventrikkelfunksjon, men en alvorlig aortastenose. Det vil i så tilfelle være av stor verdi å kunne legitimere at pasienten har hatt lungestuvning i vurderingen opp mot eventuell klaffekirurgi.

Du får gjort rtg. thorax på lokalsykehuset kommende tirsdag og pasienten kommer til kontroll påfølgende onsdag. Du får beskrevet at thorax-bildet viser lungestuvning. Laboratorieprøver tatt ved første konsultasjon viser lett forhøyet kreatinin: 136, for øvrig normale verdier.

B. BEHANDLING

Du finner nå at diagnosen hjertesvikt er sikker nok til å starte behandling. På dette stadiet – før E/D av cor er gjort – er den aktuelle sviktbehandlingen diuretika, og da loop-diuretika der det er svært greit å starte med furosemid.

Du setter pasienten på furosemid 40 mg daglig pr.os og Moduret mite seponeres samtidig slik at vi bare har et diureticum å forholde oss til, og som angitt over, velger vi et loop-diureticum. Du henviser pasienten til vurdering ved med.pol. og avtaler kontroll hos deg om en uke. Det er viktig å åpne for kontakt før dersom det ikke tilkommer bedring.

Ved kontroll en uke senere angir pasienten at hun merket bedring allerede to til tre dager etter oppstart med diuretika og nå føler hun seg til å være i sin habituelle form. Tre uke senere blir pasienten vurdert ved med.pol. E/D av cor viste en ikke dilatert venstre ventrikkelfunksjon (VV) med skade i nedre-vegg og svekket systolisk funksjon med en ejsjonsfraksjon på 40 prosent. En fant normalt fylnings-trykk og normalt sentralt venetrykk. Videre en forkalket aortaklaff med liten stenose med middelgradient: 10 mm Hg.

Hva er sier nå alt dette?

Hvorvidt VV har en størrelse innenfor normalområdet eller er dilatert, vurderes ut fra måling av indre diameter. Den samlede pumpefunksjonen til VV måles ut fra hvor stor del av det blodet som er i VV på slutten av diastolen som blir pumpet ut i løpet systolen, altså hvor stor del (fraksjon) som bli pumpet ut, den såkalte ejsjonsfraksjonen. Hvis for eksempel 60 prosent av blodet i slutten av diastolen blir pumpet ut i løpet av systolen er følgelig ejsjonsfraksjonen 60 prosent (EF: 60 prosent). Det er enighet om at det er normal systolisk funksjon hvis EF er 50 prosent eller mer.



Tor Ivar Stakkevold ved ekkopparatet. Er stetoskopet pensjonert?

Fra fysiologien husker vi at trykket i venstre atrium (VA) påvirker trykket i lungekapilærene slik at et økt atrietrykk fører til økt lungekapilæretrykk med tendens til øket væske i lungeinterstisiet, det vi erfarer som lungestuvning. Trykket i VA vil igjen være lik trykket i VV i slutten av diastolen. Når trykket i VV er lik trykket i VA fører trykket i ventrikkelen til at mitralklaffen lukkes. Trykket i VV i slutten av diastolen betegner vi som fylningstrykket. Et øket fylningstrykk samsvarer således med stuvningstendens i lungekretsløpet.

Vår pasient har altså en svekket VV systolisk funksjon (EF: 40 prosent) og normalt fylningstrykk som vi kan estimere ved E/D av cor. Hennes aortastenose er som angitt liten og uten hemodynamisk betydning. Hun har altså nå en kronisk svikt som er kompensert.

Pasienten gjennomførte også en sykkelbelastning der hun presterte tilsvarende alder, og den ga da ikke holdepunkter for symptomgivende coronarkarsykdom.

Hva var årsaken til sviktutviklingen?

Hos denne pasienten med skade av VV etter tidligere nedre-veggs-infarkt er det to sannsynlige årsaker til sviktutvikling:

1. Muligheten for at det har tilkommet nye stenoser i coronartreet som har ført til sviktende myokard-funksjon – uten nyttilkommet infarkt – er absolutt tilstede. En kan således tale om at pasienten i tillegg til skade etter tidligere hjerteinfarkt har utviklet en komponent av ischemisk kardiomyopati.
2. En skadet hjertemuskel kan gjennomgå svekkelse av sin funksjon uten at det har tilkommet nye skader og uten at

det har tilkommet fornyet coronarkarinsufisiens. Denne prosessen kaller vi for *remodellering*. I sin ytterste konsekvens kan remodellering gi karakteristiske fasongendringer av ventrikkelen. Det patofysiologiske grunnlaget for disse forandringene finner sted i myokard. Selv om det ikke er full forståelse av denne prosessen, er det åpenbart at hormonelle effekter er sentrale og at behandling med ACE-hemmer, betablokkere, angiotensin-reseptorblokkere og aldosteron-antagonister virker gunstig inn for å hindre denne prosessen. Det er altså klare holdepunkter for at disse medikamentene i et sviktende myokard, har effekter som virker direkte på myokard i tillegg til mulige hemodynamiske effekter med sekundære effekter på myokard.

Ved med.pol. ble det konkludert med at pasientens svikt sannsynlig var en svikt etter tidligere gjennomgått infarkt; altså en remodelleringsprosess og at nytilkommen coronarkarsykdom var mindre sannsynlig. Det ble i denne vurderingen lagt vekt på at pasientens svikt lot seg greit kompensere, at Arbeids-EKG var negativt og at pasienten ikke hadde utviklet klassisk angina etter at svikten var kompensert og hun var kommet tilbake til sitt vanlige funksjonsnivå med sine to km lange vandreturer. En slik vurdering er svært sannsynlig, men en kan selvfølgelig ikke konkludere sikkert med at det ikke var tilkommet en komponent av coronarkarsykdom.

Behandling etter dette

ACE-hemmere

Hos en pasient med skadet VV med ejeksjonsfraksjon (EF) under 40–45 prosent er det indikasjon for ACE-hemmerbehandling for å hindre ytterligere skade (remodellering) og kanskje oppnå forbedret funksjon over tid. Ved dosering av ACE-hemmer skal vi tilstrebe såkalte måldose (target-dose) som selvfølgelig varierer ut fra hvilke ACE-hemmer en har valgt. Det er nok fornuftig å benytte samme ACE-hemmer som lokalsykehuset bruker der måldose som regel er angitt i polikliniske notater eller epikrise. Ved øket dosering av ACE-hemmer vil vi ofte få en stigning i kreatininverdi spesielt hos pasienter som i utgangspunktet har en viss nyreskade. Dette er ikke uttrykk for ytterligere skade av nyreparenchymet. ACE-hemmerens effekt på nyreperfusjonen er primært i form av dilatasjon på nivå av efferent arteriole (den som «ligger etter» glomerulus) med påfølgende

fall i glomerulusfiltrasjonstrykk, og dermed tendens til stigende kreatinin. Vi kan derfor tillate oss forholdsvis høye kreatininverdier både for å starte med ACE-hemmer og for kontinuering av behandling med ACE-hemmer.

Betablokkere

Det er her også indikasjon for betablokker på samme grunnlag som ACE-hemmer. Med tanke på dosering kan vi ved betablokker følge «gammel» klinisk retningslinje der vi tilstreber hvilepuls under 60.

Angiotensinreseptorblokkere (ARB)

Europeiske retningslinjer vil ikke helt sidestille denne gruppen med ACE-hemmere. I følge disse retningslinjene er det indikasjon for ARB hvis en må forlate ACE-hemmere grunnet bivirkninger eller hvis en ikke når måldose av ACE-hemmer grunnet kreatinin-stigning eller elektrolyttforstyrrelser. Norske retningslinjer går mer i retning av å sidestille disse to medikamentgruppene. Det skal minnes om at det ikke er alle medikamentene i denne gruppen som har fått indikasjon hjertesvikt. Det skal også nevnes at en kan forsøke å kombinere disse medikamentgruppene (ARB og ACE-hemmere) men det er ikke stor tradisjon for dette i Norge.

Aldosteron-antagonister

Den primære indikasjonen for dette er hos pasienter med betydelig svekket VV-funksjon og med betydelig symptomer (NYHA klasse 3–4).

Digitalis

Hos pasienter med betydelig dilatert VV og klart nedsatt EF kan en forsøke med digitalis i tillegg til annen sviktbehandling. En akseptert indikasjon for digitalis er kombinasjon systolisk svikt og atrieflimmer.

Når pasienten kommer til kontroll hos deg, hadde hun fått redusert furosemid-dosen til 20 mg daglig da det var påvist normalt fylningstrykk. Hun var videre adekvat betablokkert vurdert ut fra hvilepuls på 56. Pasienten er blitt satt på ACE-hemmer, men har ikke fått ikke måldosen. Opplegget fra med.pol. var at du skulle øke ACE-hemmeren til måldose hvis klinikk, da primært BT, samt kreatinin-verdi og elektrolytt-verdiene «tillot» en økning av ACE-hemmeren. Du påviser BT : 115/80, kreatinin har steget til: 164, elektrolyttene var normale. Selvfølgelig skulle denne noe tilårskomne damen helst ikke ha noe lavere blodtrykk, men da det foreligger en god indikasjon og hun ikke beskriver svimmelhet, øker du ACE-hemmeren til måldose.



Du ser pasienten tre måneder senere. Tilstanden er uforandret og pasienten føler seg i fin form. Du finner nå et BT: 110/80 og kreatinin har steget til 183, det er normale elektrolytter. Du vurderer pasientens svikt til fortsatt å være kompensert og behandlingen kontinueres. Det avtales videre kontroll om tre måneder.

Hvis en slik pasient, som står på sviktbehandling med betablokker og ACE-hemmer, skulle utvikle inkompensasjon av sin svikt, må en mistenke forverret coronarkarsykdom. Dette gjelder spesielt hvis inkompensasjonen utvikler seg forholdsvis raskt og hvis den er vanskelig å kompensere: Liten eller ingen bedring selv ved skikkelig høyning av perorale diuretika.

I denne artikkelen er det flere sider ved hjertesvikt jeg ikke har kommet inn på. Hjertesvikt er et stort tema som en vanskelig kan dekke fullt ut ved en enkel artikkel. Sykehistorien vår fokuserer på den mest vanlige årsak til hjertesvikt. Den viser også et dilemma man kommer opp i i behandlingen av hjertesvikt: polyfarmasi. Med utgangspunkt i Ecco/Doppler-undersøkelsen av cor har jeg derfor forsøkt å få frem at behandlingen er rettet mot selve myocard-funk-

sjonen – for å motvirke remodellering. Det er dette som nødvendiggjør behandling med i hvert fall ACE-hemmer og betablokker. Behandling med furosemid retter seg bare mot symptomene på lungestuvningen. Seponering av ACE-hemmer – og eventuelt betablokker – fordi «at det er så mange tabletter doktor!» og behandle denne kvinnen med furosemid alene, vil således øke sannsynligheten for videreutvikling av pasientens svikt.

Jeg har ikke kommentert hvilken rolle Natriuretic Peptides (da spesielt BNP og NT proBNP) har i behandling / vurdering av hjertesvikt. Det er nok stor forskjell i bruk av disse analysene mellom de forskjellige medisinske avdelingene. I diagnostisk henseende er det nok enighet om at det er en forholdsvis høy sensitivitet for sviktdiagnosen, men dårlig spesifisitet. Verdien ligger mest i at man kan bruke analysene til - med forholdsvis stor sannsynlighet – å utelukke sviktdiagnosen. I behandlingsmessig sammenheng har nok disse prøvene en verdi i vurderingen av prognosen.

Jeg har ikke kommet inn på tilstanden «diastolisk svikt», men det vil være en artikkel i seg selv.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: Tor.Ivar.Stakkevold@hnt.no. Litteraturliste fås ved henvendelse samme mailadresse.



Welcome to the 15th Nordic Congress of General Practice

Reykjavík • Iceland • June 13-16 • 2007
www.meetingiceland.com/gp2007
 E-mail: gp2007@hi.is • Phone: + 354 588 97 00 • Fax: + 354 588 97 01

Logos: The Icelandic College of Family Physicians, actavis, Department of Family Medicine, and the Nordic Congress of General Practice.

Photo: Freysteinn G. Jónsson



Takk og farvel...

Trionetta¹ avregistreres **1. januar 2007.**

takk og pris!



Verden går **fremover**:

Etter 25 år på markedet utgår Trionetta til fordel for nye, bedre og mer moderne p-piller. Monofasiske p-piller, som har samme hormondose gjennom hele syklusen (ref SPC Yasmin²), gjør det enklere å utsette menstruasjonen og lettere å komme "på sporet" ved glømte p-piller.

Ref 1: Trionetta (Ing 50-125 µg + ee 30-40 µg), Ref 2: Yasmin (drospirenon 3 mg + ee 30 µg).



Se preparatomtale side 21 (Trionetta) og side 23 (Yasmin)

Uten mat og drikke...

AV SØLVI RUUD HAGEN

Så mye i livet dreier seg om mat. Aldri har aviser og ukepresse vært mer opptatt av mat enn i dag. Enten er man for tykk, for usunn, for tynn, trener for lite og trener for mye. Bilder av magre modeller finnes ved siden av artikler om ernæringsspesialister som er i ferd med å slanke Norge. Dette gjør de gjennom aviser, internett, ukeblader, ja overalt hvor det er mulig å få kunder.

Midt opp i alt dette møter vi mennesker som strever med sitt forhold til mat, og som vi skal hjelpe.

Spiseforstyrrelsene har ofte utviklet seg over lang tid før pasientene kommer til oss. Nettopp disse har jeg alltid følt det vanskelig å behandle. De vet så mye om kosthold, trening og hvordan ting skal gjøres. Ofte blir de henvist av bekymrede foresatte, lærer, venner, helsesøster etc. De er lite motiverte for behandling fordi problemet for dem ofte ikke oppfattes like stort som omgivelsene skisserer. Mange kommer så sent at spiseforstyrrelsen har rukket å bli ganske fastlåst i pasientene.

Som fastlege og skolelege ved videregående skole møtte jeg pasienter med spiseforstyrrelser ofte, uten å finne den rette plassen å henvise disse. Personlig har jeg følt at en psykiatrisk avdeling ikke har vært den rette plassen for spiseforstyrrede pasienter, selv om selvfølgelig flere av dem trenger psykiatrisk behandling for ledsagende sykdommer.

For meg synes det som om hovedproblemene de fleste har, er manglende evne til å få i seg rett mengde næring. Bildet av hva som er normal mengde er forvrengt, eller de er forstyrret i forestilling av egen kropp, som ikke er i samsvar med sunnhet. En stor del av pasientene har også tvangstanke og strever med å endre på de spiseforstyrrede tankene som styrer hele deres liv.

Skrekkscenariet er at når de kommer til fastlegen er mange av dem så dårlige at den eneste muligheten er tvangsinnleggelse hvis de ikke vil ha behandling. Noen ganger samarbeider man med gastroenterologisk avdeling for eventuell sondeernæring den første tiden. Resultatet kan være bivirkninger i form av mavesmerter, ødemer, nedverdiggelse og enda sterkere behov for kontroll.

Jeg opplever at det er få psykiatriske avdelinger som er godt nok rustet til å gi pasienter med spiseforstyrrelser den oppfølging de krever. Det er trangt om plassene og det er andre



Sølvi Ruud Hagen

Spesialist i allmennmedisin,
Lægene på Kongens Torv,
Gamlebyen i Fredrikstad.

svært krevende psykisk syke som ofte er mer trengende. Det blir relativt enkelt for den spiseforstyrrede å tulle med maten uten at personalet har mulighet til å være støttende.

Tidligere har jeg følt at man har vært veldig opptatt av *hvorfor* noen har en spiseforstyrrelse. Dette er det sikkert like mange svar på som pasienter, men jeg vil ikke slutte å undre meg.

I mai 2004 ble jeg spurt om å være lege på et senter for spiseforstyrrelser. De ønsket en allmennlege og jeg så dette som en anledning til å få allmennmedisinen inn i behandlingen av disse pasientene.

Som fastleger mener jeg vi er et viktig ledd i behandlingsrekken spiseforstyrrede pasienter trenger. Jeg mener vi bør være som en edderkopp i et nett som skal omslutte pasientene. Vi må være koordinatorene og holde orden på hvor pasientene er i behandlingsopplegget. Dette er pasienter som kanskje mer enn mange andre trenger hjelp til å holde ut. Fastlegene er vel de som vil ha mest kontakt med pasientene over tid. Mange av oss kvier oss for denne oppgaven. Vi føler at vi ikke får det til og det tar ofte veldig mye tid og krefter.

Det finnes mange tilbud i helse-Norge, og jeg tror det er mange veier til målet. Vår oppgave som allmennleger er å være koordinatorene, hjelpe pasienten å finne det tilbudet som for det første er tilgjengelig og som er et opplegg som passer nettopp pasienten vår. Sammen med behandlingsinstitusjonene kan vi etter hvert lære oss å følge pasienten opp etter utskrivelsene.

Jeg tenker at målet vårt som allmennleger er å nå disse pasientene tidligere. Dette er viktig, jo lengre tid det går, jo mer fastlåst blir tankene. Hvis vi blir flinkere til tidlig å identifisere problemet, finne risikopersonene, og gripe fast i dem, ville det spare en del fra å bli alvorlig syke. Samarbeid med skole og helsesøster blir viktig. Viktige signaler kan vi kanskje fange opp ved en vanlig konsultasjon av annen årsak.

Risikofaktorer er dårlig rutine på måltider, dropping av frokost, overtrening. Blir man mistenksom er viktige spørsmål å stille: får man dårlig samvittighet ved å spise, lar være å trene, spise «usunn» mat. Man kan spørre hvor mye tid hver enkelt bruker til å tenke på mat og hva som kan spises, kaloriutregning etc. Jeg har ikke vært så opptatt av å snakke om vekt. Det finnes tabeller for slikt som BMI grenser o.l.

Jeg har nå i et år jobbet en dag i uka som lege ved Capio Anorexi Center Fredrikstad. Mitt ansvarsområde er å ha det somatiske ansvaret for de som er innlagt hos oss. Sørge for at den medikamentelle behandling blir ivaretatt, og at pasientens allmenntilstand er slik at det er tilrådelig å få behandling ved vårt senter.

Vi på Capio Anorexi Center har som mål å lære pasientene å spise den nødvendige mengde mat som skal til for å opprettholde en normal ernæring, slik at de skal bli i stand til å bearbeide de årsaker som måtte ligge til grunn for deres sykdom. Som arbeidsverktøy bruker vi kognitiv behandlingsterapi.

For meg har denne tilnærmingen vært veldig logisk. Særlig når det gjelder anoreksipasienter som kan være utilgjengelig for behandling på grunn av underernæring. Det å se pasienter våkne til i løpet av de første ukene er en fantastisk opplevelse. De første dagene møter vi mennesker som er ukonsentrerte, mange er deprimerte, har angst og sterk motforestilling mot vår intervensjon. Men de vet at de *må* spise.

Oppholdet er imidlertid avhengig av pasientens motivasjon og denne jobbes det veldig mye med. Når de har fått nok mat i noen uker ser man at det kommer lys i de tomme øynene, mimikken kommer tilbake, latteren høres oftere og konsentrasjonen blir gradvis bedre. Vi har til nå hatt flest pasienter med anorexi, men også en del med bulimi og overspising. Alle pasienter blir tildelt en egen behandler som de har samtale med fem dager i uken. Behandlingsopplegget består av et program på åtte pluss fire uker, men de fleste har behov for et lengre opphold enn dette.

Hver dag er det frokost, lunsj, kaffekos, middag, kvelds. Alle måltider inntas i en felles spisesal sammen med miljøpersonalet. De hjelper pasientene å forsyne seg tilstrekkelig, de første tre ukene blir de forsynt, og etter hvert får man forsyne seg selv under veiledning. Måltidet skal inntas, uten rester, i løpet av 30 minutter. Det spises også under veiledning da mange har lagt seg til uvaner som å skrape bort

smør, gjemme pålegg og smuldre opp brødet. Dette får de nå hjelp til å slutte med. Etter måltidet går man i et felles hvilerom hvor man hviler i 30 minutter da unngår man også at noen går og kaster opp, eller trener etter måltidet.

De første tre ukene prøver vi å få pasientene til å stole på at maten de får er stabiliserende, dvs de går ikke opp i vekt, etter tre uker får de samme mengde mat og tre næringsdrikker i tillegg for å øke vekten hos dem som trenger det. Når de kan begynne å stole på maten, og at den gjør dem godt, er de på vei videre til å kunne forsyne seg med rett mengde mat og spise den i regelmessige måltider. Kanskje blir aldri de spiseforstyrrede tankene helt borte, men hvis de allikevel får til å spise den mengden mat de er opplært til, og gjøre det i jevnlige måltider, kan de leve med det.

Det er klart at dette ikke er enkelt, Jeg tror at nær og tett oppfølging med fast hånd er noe av det viktigste. Jeg har tro på å måtte spise uten diskusjon er helt nødvendig. Det kreves mye motiverende behandling. Det jeg personlig har fått en aha-opplevelse på er at før noen behandling kan iverksettes, må pasientene få i seg nok mat. Det er på samme tid både det letteste og det vanskeligste, først da kan man nå deres spiseforstyrrede tanke.

ILLUSTRASJONSFOTO: INGER ANNE HULBERDAL



Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: solviruud@hotmail.com

EFEDRIN I SLANKEPILLER

AV HILDE BJERKHOLT JENSSEN *Antidoping Norge*

I fitness-miljø brukes dopingmiddelet efedrin for å kunne orke mer på trening og forbrenne fett. Slankepiller kjøpt over internett kan være tilsatt efedrin.

Bivirkningene kan være alvorlige, og brukere forteller om savn når de prøver å slutte.

Efedrin er et naturstoff, og et av våre eldste legemidler. Det har vært anvendt i tusener av år i kinesisk legeskunst under navnet «Ma Huang». Efedrin finnes som kjent i lave doser i forkjølelsesmedisin og astma/allergimedisin. I utlandet kan slike medisiner ofte kjøpes uten resept og utenfor apotek. Vi vet også at efedrin kan finnes i enkelte naturpreparater og slankemidler som selges over disk i Norge, til tross for at efedrin kun er tillatt solgt som reseptbelagt legemiddel på apotek. Kinesisk urtete med «Ma Huang» inneholder sannsynligvis efedrin.

Efedrin står på dopinglista

Efedrin står på dopinglista, er forbudt å bruke i idrettssammenheng, og vil medføre utestengelse fra idretten på linje med andre forbudte stoffer. Efedrin påvirker sentralnervesystemet og blir ofte omtalt som et «amfetamin-light»-stoff. Preparatet har blant annet blitt brukt i kampsport for å oppnå økt reaksjons- og konsentrasjonsevne. Efedrin brukes også for å orke mer på trening og føle seg piggere. I den senere tid har Antidoping Norge også fått meldinger om at efedrin har blitt brukt av unge gutter i fotballmiljøer på lavere nivå.

Den prestasjonsfremmende effekten av efedrin er dårlig dokumentert til tross for at mange produsenter hevder at det er en positiv effekt. Studier som er gjennomført viser faktisk at efedrin alene ikke har noen prestasjonsfremmende effekt.

Slank og sterk

I fitness- og kroppsbyggermiljø vet vi at efedrin er utbredt og akseptert brukt. Dagens skjønnhetsideal handler ikke

bare om å være slank, musklene skal synes på en vel trent kropp. Preparater som inneholder efedrin regnes som velguede i denne sammenheng fordi brukerne tror stoffet øker fettforbrenningen, samtidig som brukerne får mer muskler, de orker å trene mer. Efedrin kan brukes alene, eller i kombinasjon med anabole androgene steroider og andre dopingmidler.

I følge kroppsbyggere er en vanlig dose 25–50 mg. En vanlig kombinasjon for en kroppsbygger i deffeperioden er 25 mg efedrin, 200 mg koffein og 300 mg aspirin, tre ganger daglig.

Efedrin har altså et rykte om å være slankende og forbrenne fett. Slankeprodusenter utnytter dette og efedrin blir tilsatt slankepiller, gjerne i kombinasjon med koffein. I disse produktene anvendes ofte plantematerialet «Ephedra» og «Ma Huang» som kilde for efedrin.

Den vitenskapelige dokumentasjonen av den slankende effekten av efedrin er mangelfull

Studier viser at efedrin alene uten fysisk aktivitet gir liten slankende effekt sammenlignet med fysisk aktivitet og sunt kosthold. Årsaken til at noen går ned i vekt er i hovedsak reduksjon av tretthets- og smertefølelse. Dette fører til at man orker å trene mer og trenger mindre søvn. Den eventuelle vektreduksjonen skyldes altså i hovedsak økt aktivitetsnivå. Når brukere slutter med efedrin vil vektreduksjonen opphøre, og mange opplever å gå tilbake til opprinnelig vekt. Efedrinpreparater bør ikke brukes som slankemiddel på grunn av risikoen for alvorlige bivirkninger.



Dopingmidler som er vanlig i fitness-miljø og ellers i samfunnet vil også være en utfordring for idretten. Av de ni som ble dømt for brudd på dopingbestemmelsene i 2005, hadde to av dem brukt efedrin.

Bivirkninger

Langvarig bruk av efedrin kan påvirke hjerte- og karsystemet og gi potensielt alvorlige bivirkninger som høyt blodtrykk og hjerterytmeforstyrrelser. For noen kan dette være farlig.

Allerede etter kort tids bruk og små doser, kan hodepine, svimmelhet og skjelvinger være vanlige bivirkninger. Menn kan få vannlatings- og potensproblemer. Efedrin er et sentralstimulerende middel som setter hele kroppen i «høygir», og brukeren kan oppleve uro, rastløshet og søvnvansker. Det kan derfor være hensiktsmessig å undersøke om, særlig yngre kvinnelige, pasienter som klager over søvnvansker, benytter slankemidler. Pasienten vil da ikke nødvendigvis oppgi bruk av efedrinholdig kosttilskudd, og det kan ha sammenheng med at innholdet av efedrin ikke alltid er beskrevet på forpakningen. Dermed vet ikke pasienten at hun/han har fått i seg efedrin.

I dopingøyemed brukes gjerne efedrin i betydelig høyere doser enn ved vanlig medisinsk bruk, og dette øker risikoen for bivirkninger tilsvarende.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
hilde.bjerkholt.jenssen@antidoping.no

C Trionetta Schering AG

Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G03A B03

TABLETTER: Hver brun tablett inneh.: Levonorgestrel 50 µg, ethinylestradiol 30 µg, lactos. monohydr., const. q.s. Fargestoff: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver hvit tablett inneh.: Levonorgestrel 75 µg, ethinylestradiol 40 µg, lactos. monohydr., const. q.s. Hver gul tablett inneh.: Levonorgestrel 125 µg, ethinylestradiol 30 µg, lactos. monohydr., const. q.s. Fargestoff: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). En pakning inneholder 6 brune, 5 hvite og 10 gule tabletter. I pakningen med 28 tabletter er det, i tillegg til 21 tabletter med virkestoff, også 7 store hvite placebotabletter. **Indikasjoner:** Antikonsepsjon. **Dosering:** Tabletten skal tas i rekkefølgen anvist på pakningen. 21 tabletter: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødningens 1. dag og fortsetter med 1 tablett hver dag i 21 dager. Etter 7 tablettfrie dager startes så en ny serie på 21 tabletter. I løpet av den tablettfrie pausen på 7 dager inntreffer en menstruasjonssignende blødning (bortfallsblødning). Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablett. 28 tabletter: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødningens 1. dag og fortsetter med 1 tablett hver dag i 28 dager. Den første tabletten tas fra feltet merket start på riktig ukedag. Etiketter med dagsmarkering ligger i pakningen. Deretter tas 1 tablett daglig uten opphold. De store hvite tablettenes på slutten av brettet er placebo og mens kvinnen tar disse, kommer en menstruasjonssignende blødning (bortfallsblødning). Trionetta 28 tabletter tas kontinuerlig. (En går direkte over på neste brett uten opphold.) Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablett.

Kontraindikasjoner: Eksisterende eller tidligere venøs eller arteriell trombotisk/tromboembolisk hendelse (f.eks. dyp venetrombose, lungeemboli, hjerteinfarkt) eller cerebrovaskulær skade. Eksisterende eller tidligere prodrom på trombose (f.eks. transitorisk iskemisk attack, angina pectoris). Migræne med fokale neurologiske symptomer i anamnesen. Diabetes mellitus med vaskulære komplikasjoner. Alvorlige og multiple risikofaktorer for venøs eller arteriell trombose kan også utgjøre en kontraindikasjon. Pankreatitt eller tidligere pankreatitt dersom denne var assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Eksisterende eller tidligere alvorlig hepatisk sykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normalisert. Eksisterende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Kjente eller mistenkte maligniteter som påvirkes av kjønnshormoner (f.eks. i genitale organer eller bryster). Udiagnostisert vaginalblødning. Kjent eller mistenkt graviditet. Overfølsomhet for ett eller flere av innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Venøs tromboembolisme (VTE) manifestert ved dyp venetrombose og/eller lungeemboli, kan forekomme ved bruk av kombinasjons-p-piller. Risikoen er mindre enn risikoen for VTE i sammenheng med graviditet. Før behandling institueres, foretas grundig undersøkelse inkl. mammaundersøkelse, blodtryksmåling, samt en grundig familleanamnese. Kontrollen gjentas årlig. Forstyrrelser i koagulasjonssystemet skal utelukkes hvis det hos familiemedlemmer allerede i yngre år har forekommet tromboemboliske sykdommer (f.eks. dyp venetrombose, slaginfarkt, hjerteinfarkt). Cytologiske prøver tas etter screeningprogrammet. Bruk av perorale antikonsepsjonsmidler øker risikoen for hjerte- og karsykdom. Røking i kombinasjon med p-piller øker risikoen for blodpropp, hjerteinfarkt og hjerneslag. Dette gjelder særlig kvinner over 35 år. Disse kvinner bør slutte å røke hvis de vil bruke p-piller. Friske, ikke-røkende kvinner uten økt risiko for hjerte-karsykdommer kan bruke p-piller opp mot overgangsalderen. Opptrer tegn på tromboemboli (f.eks. akutte brystmerter, tungpustethet, syns- eller hørselsforstyrrelser, smerter og hevelse i en eller begge underkremittene) under behandlingen, skal preparatet seponeres straks og pasienten undersøkes nøye. Likeledes seponeres ved unormale leverfunksjonsprøver. Hvis mulig seponeres 4 uker for kirurgiske inngrep som kan tenkes å medføre økt tromboseisiko. Kan nedsette glukosetoleransen, og diabetikere bør stå under streng legekonsultasjon. Det samme gjelder pasienter som lider av sirkulasjons- eller nyresykdom, migræne, epilepsi, otosklerose, chorea minor. Ved markant blodtryksstigning og ved økning av epileptiske anfall bør preparatet seponeres. Oppkast eller diaré kan føre til ufullstendig absorpsjon. Hvis tabletten tas mer enn 12 timer for sent, kan dette redusere antikonsepsjonsbeskyttelsen. I slike tilfeller bør annen prevensjon anvendes i tillegg i 7 dager. For mer informasjon om forholdsregler ved glemt tablett, se pakningsvedlegg. Hvis kvinnen har glemt å ta tabletter og deretter ikke har noen bortfallsblødning i den første normale tablettfrie perioden, må muligheten for graviditet vurderes. Utsettelse av menstruasjonen: 21 tabletter: Fortsett på de siste 10 aktive tablettenes (de gule) på et nytt brett uten den vanlige tablettfrie perioden. 28 tabletter: Placebotablettenes på påbegynt brett utelates. Det startes deretter direkte på de 10 siste aktive tablettenes (de gule) på et nytt brett. Utsettelsen kan fortsette i maks. 10 dager inntil de gule tablettenes på det nye brettet er brukt opp. Regelmessig inntak gjennomtas etter vanlig 7 dagers tablettfri periode (for 21 tabletters brett) eller placeboperiode (for 28 tabletters brett). **Interaksjoner:** (I: G03A A/AB p-piller) **Graviditet/Amming:** Se Kontraindikasjoner. Overgang i placenta: Må ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Går over. Østrogen og gestagener kan redusere mengden samt endre sammensetningen av morsmelken. Bør ikke anvendes under amming. **Bivirkninger: Byster:** Ømhet, smerte, forstørrelse, sekresjon. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast og andre gastrointestinale plager.

Hud: Ulike hudlidelser (f.eks. utslett, erythema nodosum, erythema multiforme). **Sentralnervesystemet:** Hodepine, migræne, endret libido, depresjon/humørendringer. **Syn:** Intoleranse for kontaktlinser. **Urogenitale:** Endret vaginalsekresjon. **Øvrige:** Væskeretensjon, endret kroppsvekt, overfølsomhetsreaksjoner. **Egenskaper: Klassifisering:** Trefasisk østrogen/gestagen kombinasjonspille. Syklustilpasset hormontilførsel har muliggjort reduksjon av den totale hormondosen i løpet av en syklus. God sykluskontroll. God antikonsepsjonell sikkerhet. Pearl index 0,12-0,34. Virkningsmekanisme: Hemming av egglosning og endringer i sekresjonen fra livmorhalsen. Absorpsjon: Maks. serumkonsentrasjon: Levonorgestrel: 1 time. Ethinylestradiol: Ca. 1,3 timer. Absolutt biotilgjengelighet: Levonorgestrel: Så godt som fullstendig. Ethinylestradiol: Ca. 45% med en stor interindividuell variasjon på 20-65%. Proteinbinding: Levonorgestrel: Ca. 98,6%. Ethinylestradiol: Ca. 98%. Fordeling: Distribusjonsvolum: Levonorgestrel: Ca. 128 liter. Ethinylestradiol: Ca. 2,8-8,6 liter/kg. Halveringstid: Levonorgestrel: Ca. 22 timer. Ethinylestradiol: Ca. 10-20 timer. Plasmaclearance: Levonorgestrel: 1,0 ml/minutt/kg. Ethinylestradiol: 2,3-7 ml/minutt/kg. Metabolisme: Levonorgestrel metaboliseres fullstendig via kjente steroidmetabolismemekanismer. Ethinylestradiol gjennomgår presystemisk konjugering både i slimhinnen i tynntarmen og i leveren. **Utskillelse:** Via urin og galle. Oppbevaring og holdbarhet: Skal ikke oppbevares over 25°C. Pakninger og priser: Datopakn.: 3 x 21 stk. kr 96,40, 6 x 21 stk. kr 166,00, 13 x 21 stk. kr 327,40, 3 x 28 stk. kr 95,70, 6 x 28 stk. kr 164,60. **Sist endret: 23.10.2005**

SCHERING
making medicine work



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

Forskning i det små

en alminnelig allmennleges erfaring med forskning

AV MARK FAGAN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Literaturliste får ved henvendelse til forfatteren.

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

C Yasmin Schering AG

Antikonseptjonsmiddel. ATC-nr.: G03A A12

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

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

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

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

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

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

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

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

Sist endret: 04.04.2006

SCHERING
making medicine work

Pfizer

Partner for better health

Noen smerter er ikke som andre

Jeg har hatt diabetes siden barnealder og har lært meg å leve med sykdommen.

I det siste har jeg imidlertid fått veldig plagsomme smerter i leggen og foten.

Jeg har problemer med å ha på meg strømper og *noen ganger føles det som om jeg går på glasskår*. Smertene kan komme helt plutselig og da må jeg bare sette meg

ned. Dette fører til at jeg vegrer meg for å gå ut. Kvinne 50 år med diabetes type I.*

Lyrica® - med godkjent indikasjon perifer nevropatisk smerte⁵

Nevropatisk smerte er i dag en del av hverdagen for mange pasienter og kan medføre en betydelig redusert livskvalitet. Dette er ofte intense og betydelige smerter forårsaket av skade eller dysfunksjon i nervesystemet.¹ I mange tilfelle vil pasientene også lide av søvnforstyrrelser, angst og/eller depresjon.^{2,3} Nevropatisk smerte kan forårsakes av mange forskjellige sykdommer som varierer fra kreft til diabetes.

Tradisjonelle smertestillende er ofte uten effekt på nevropatisk smerte⁴. Lyrica® har godkjent indikasjon perifer nevropatisk smerte.⁵ Lyrica® har rask og vedvarende effekt, ingen kjente farmakokinetiske interaksjoner, oftest milde til moderate bivirkninger og enkel 2-gangs dosering.^{5,6,7,8,9,10,11,12}

Vil du vite mer? Besøk www.pfizer.no

Se preparatomtale og referanser på side 27

LYRICA®
PREGABALIN

Mindre smerte. Mer liv.⁶⁻¹²



BLODPRØVER

i diagnostikk av reumatiske sykdommer

AV HANS-JACOB HAGA

Som reumatolog holdt jeg 4. mai et foredrag i Namsos Medisinske Forum om blodprøver ved diagnostikk av reumatiske sykdommer. Dette foredraget har almenpraktikere som målgruppe, og jeg er etterpå bedt om å lage et lite resymé for Utposten.

Reumatiske sykdommer regnes som noe diffuse og vanskelig både å diagnostisere og skille fra hverandre. Det finnes sjelden en enkel blodprøve som gir oss en sikker diagnose på reumatisk sykdom, og for de fleste av disse sykdommene finnes det kriterier som består av opptil ti punkter, hvorav vanligvis tre eller fire punkter skal være tilstede for å kunne stille diagnosen. Siden diagnostikken av reumatiske sykdommer er diffus og vanskelig, er det naturlig at reumatologene tar seg av denne oppgaven. Imidlertid vet vi at allmennpraktikere bruker en del immunologiske prøver i sin praksis, og min erfaring som reumatolog er at man legger for stor vekt på resultatene av slike prøver når det gjelder diagnostikk og henvisning til spesialist. Jeg vil derfor med et kritisk blikk gjennomgå de mest benyttede prøvene og informere om nytten av disse i almenpraksis.

1. Reumatoid faktor (RF, Waalers prøve) er et autoantistoff mot Fc-delen av IgG. Den mest benyttede RF er av IgM-type. RF finnes hos tre til fem prosent av normalbefolkningen, og er mer vanlig i høy alder. RF kan påvises forbigående ved virusinfeksjoner, kroniske infeksjoner, etter strålebehandling, og dessuten er den ofte påvisbar ved reumatoid artritt, Systemisk lupus erytematosus, Sjögrens syndrom, cryoglobulinemi og sklerodermi.

Ved reumatoid artritt finner man ved sykdomsdebut at ca 30 prosent har positiv reumafaktor, men etterhvert blir flere positive slik at man tilslutt har ca 80 prosent positivitet ved denne sykdommen. Positiv reumatoid faktor ved reumatoid artritt indikerer alvorlig sykdom med øket risiko for komplikasjoner.

KONKLUSJON

RF er en uspesifikk test som er uegnet til screening med tanke på reumatisk sykdom. Ved artritt (hovne og ømme ledd) derimot bør den taes fordi den har diagnostisk og prognostisk betydning for reumatoid artritt.



Hans-Jacob Haga

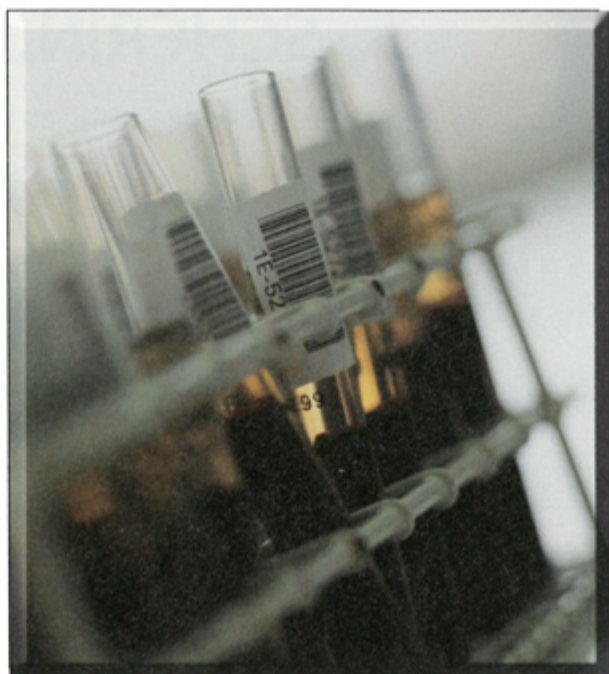
Professor i reumatologi ved universitetet i Tromsø 1992–94, Universitetet i Bergen 1996–2000, Universitetet i Oslo 2001–2003. Fra 2003 Overlege ved Sydvestjysk sykehus. President Nordisk reumatologisk selskap 1992–94, leder Norsk reumatologisk forening 1992–96. Tildelt RiT's kvalitetspris 1993, Legeforeningens kvalitetspris 1995.

2. ANA (antinukleært antistoff) er en gruppe autoantistoffer rettet mot antigener i cellekjernen. Positiv ANA ser man med økende hyppighet med økende alder, og hos gamle på sykehjem kan man påvise positiv ANA hos opptil 15 prosent. Positiv ANA ser man ved Systemisk lupus erytematosus (95 prosent av pasientene), Sklerodermi (97 prosent), Sjögrens syndrom (80 prosent), MCTD (93 prosent), myositt (78 prosent), og reumatoid artritt (40 prosent). En rekke alminnelige medikamenter kan også indusere en positiv ANA (antirheumatika, antibiotika, antiaritmika etc. – se Felleskatalogen). Forbigående forhøyet ANA kan man også se ved infeksjoner og maligne sykdommer. Ved forhøyet ANA hos unge kvinner som bruker p-piller skal man vurdere utvikling av Systemisk lupus erytematosus.

Når de fleste laboratorier påviser positiv ANA, går de videre for evt. å kunne påvise undergrupper av ANA. Undergrupper kan være anti-RNP (diagnostisk for MCTD), anti-SM (diagnostisk for SLE), Anti-SSA/SSB (finnes ved Sjögrens syndrom og SLE), Anti-SCL 70 og anti-centromer antistoff (begge sees ved sklerodermi), anti-DNA (diagnostisk for SLE).

KONKLUSJON

ANA er ofte positiv hos eldre mennesker uten at det er assosiert med reumatisk sykdom. Positiv ANA hos helt unge kvinner er ofte assosiert med reumatisk sykdom, spesielt Systemisk lupus erytematosus. ANA er uspesifikk, og ved positiv ANA skal man se nærmere på medikamenter som kan indusere en positiv ANA. Selv om ANA altså er en uspesifikk test, vil positivt svar på undergrupper være av stor diagnostisk betydning. Positive undergrupper bør føre til henvisning til reumatolog for videre utredning.



3. HLA B27 er vevstypen som finnes hos 95 prosent av pasienter med Bechterevs sykdom. Denne vevstypen finnes hos mer enn fem prosent av befolkningen, og er mest almindelig i Finnmark. Grovt regnet vil kun ti prosent av alle som har denne vevstypen utvikle Bechterevs sykdom. Den inngår derfor ikke i internasjonale kriterier for diagnostikk av Mb. Bechterev av samme grunn.

KONKLUSJON

Uegnet for screening av ryggsmertor med tanke på Mb. Bechterev. Denne diagnosen stilles ved rtg ileosacralledd (evt. MR).

4. SR og CRP og Hgb

Ved inflammatoriske reumatiske sykdommer påvises ofte samtidig høy SR og CRP. Ved SLE og Sjögrens syndrom påvises ofte diskrepans ved at SR kan være høy, og CRP normal. Ved inflammatoriske reumatiske tilstander påvises ofte anemi i aktive faser, og ved behandlingen av sykdommen stiger ofte Hgb. Med mindre det foreligger jernmangel har det ingen hensikt å gi jerntilskudd. En effektiv behandling av grunnsykdommen vil få Hgb til å stige.

Generelt: Muskel- og leddplager er vanlig ved en rekke sykdommer slik som hormonelle tilstander, forhøyet kolesterol, psoriasis, hemocromatose, hepatit, ulcerøs colit og Mb. Crohn. Vær spesielt oppmerksom på at muskel-leddplager kan komme lang tid før det er klinisk manifest thyroideasykdom.

Hvilke prøver anbefales ved *uspesifikke reumatiske tilstander uten artritt*: Hgb, SR, CRP, leukocyter, trombocyter, thyroideastatus, ANA, kolesterol og triglycider, leverprøver. Ved *artritt*: Samme prøver pluss RF.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
HJH@Ribeamt.dk

Lyrica Pfizer

Antiepileptikum.

T. KAPSLER, harde 25 mg, 75 mg, 150 mg, 225 mg og 300 mg. Hver kapsel inneh.: Pregabalin 25 mg, resp. 75 mg, 150 mg, 225 mg og 300 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E172), titandioxid (E171).

Indikasjoner: Perifer nevropatisk smerte hos voksne. Tilleggsbehandling ved epilepsi hos voksne med partielle anfall med eller uten sekundær generalisering. Behandling av generalisert angstlidelse hos voksne. **Dosering:** Doseområdet er 150-600 mg daglig fordelt på 2 eller 3 doser. Tas med eller uten mat. Nevropatisk smerte: Startdose er 150 mg pr. dag. Basert på pasientens individuelle respons og tolerabilitet kan dosen økes til 300 mg pr. dag etter 3-7 dager. Etter ytterligere en uke kan dosen økes til en maksimaldose på 600 mg pr. dag. Epilepsi: Startdose er 150 mg pr. dag. Basert på pasientens individuelle respons og tolerabilitet kan dosen økes til 300 mg pr. dag etter en uke. Etter ytterligere en uke kan dosen økes til en maksimaldose på 600 mg pr. dag. Generalisert angstlidelse: 150-600 mg daglig fordelt på 2 eller 3 doser. Startdose 150 mg daglig. Basert på pasientens individuelle respons og tolerabilitet kan dosen økes til 300 mg daglig etter en uke. Etter ytterligere en uke kan dosen økes til 450 mg daglig. Maksimaldosen på 600 mg daglig gis etter ytterligere en uke. Behov for behandling bør vurderes jevnlig. Ved seponering anbefales gradvis nedtrapping over minst 1 uke uavhengig av indikasjon. Pasienter med nedsatt nyrefunksjon/hemodialysepasienter: Dosejustering er nødvendig. Dosereduksjon individualiseres i henhold til kreatininclearance (Cl_{CR}), som angitt i tabellen. Kreatininclearance kan regnes ut fra serumkreatinin (μmol/liter) etter følgende formel: $\text{Cl}_{CR}(\text{ml/min}) = 1,23 \times (140 - \text{alder}(\text{år})) \times \text{kroppsvekt}(\text{kg}) / \text{serumkreatinin}(\mu\text{mol/liter})$. For kvinnelige pasienter multipliseres denne brøken med 0,85.

Kreatininclearance (Cl _{CR} ml/min)	Total daglig dose pregabalin *		Doseringsregime
	Startdose (mg/dag)	Maksimaldose (mg/dag)	
≥ 60	150	600	2 eller 3 ganger daglig
30 - <60	75	300	2 eller 3 ganger daglig
≥ 15 - <30	25 - 50	150	1 eller 2 ganger daglig
< 15	25	75	1 gang daglig
Supplerende dose etter hemodialyse (mg)			
	25	100	enkeltdose**

*Total daglig dose (mg/dag) skal deles opp som indikert for doseringsregimet for å gi mg/dose.

**Supplerende dose gis som enkeltdose.

Barn og ungdom (12-17 år): Sikkerhet og effekt er ikke klarlagt. Bruk til barn og ungdom anbefales ikke.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Pasienter med sjeldne arvelige lidelser som galaktoseintoleranse, glukose-galaktosemalabsorpsjon eller med en spesiell form for arvelig laktasemangel (lappisk laktasemangel) bør ikke ta dette legemidlet. Justering av hypoglykemisk behandling kan være nødvendig hos diabetespasienter som får vektøkning under pregabalinbehandling. Kan gi svimmelhet og søvnighet, noe som kan øke forekomsten av skade ved uhell (fall) hos eldre, og påvirke reaksjonsevnen. Pasienter bør utvise forsiktighet ved bl.a. bilkjøring. Pregabalin som monoterapi ved partiell epilepsi etter oppnådd anfallsfrihet kan gi ikke tilstrekkelig dokumentert. Ved avslutning av kort- og langtidsbehandling er det observert seponeringssymptomer hos enkelte pasienter (insomni, hodepine, kvalme, diaré, influensasyndrom, nervøsitet, depresjon, smerte, svetting, svimmelhet). Pasienten skal informeres om dette ved behandlingsstart.

Interaksjoner: Additiv påvirkning av kognitive funksjoner og funksjoner på store bevegelser forårsaket av oksykodon, kan potensielt øke effekten av etanol og lorazepam, men gir ingen effekt på respirasjonen. Det er ikke sett noen farmakokinetiske interaksjoner mellom pregabalin og fenytoin, karbamazepin, valproinsyre, lamotrigin, gabapentin, lorazepam, oksykodon eller etanol. Kan tas sammen med perorale antikonseptjonsmidler. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Da erfaring fra gravide er begrenset, skal pregabalin bare gis til gravide hvis fordelene for moren oppveier en mulig risiko for fosteret. Resultater fra dyreforsøk har vist reproduksjonstoksiske effekter ved eksponering over arbelfelt human eksponering, dette indikerer en mulig risiko for humane fosterskader. Adekvat prevensjon må brukes av kvinner i fertil alder. Overgang i morsmelk: Ukjent. Pregabalin skilles imidlertid ut i melk hos rotter. Det kan ikke utelukkes at barn som ammes påvirkes. Skal derfor ikke brukes under amming.

Bivirkninger: Bivirkningene er oftest milde til moderate. Svært hyppige: Søvnighet og svimmelhet. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Økt appetitt, muntørhet, forstoppelse, oppkast, flatulens. Hørsel: Vertigo. Psykiske: Eufori, forvirring, redusert libido, irritabilitet. Sentralnervesystemet: Ataksi, oppmerksomhetsproblemer, koordinasjonsproblemer, hukommelsessvanser, tremor, dysartri, parestesier. Syn: Dobbeltsyn, sleret syn. Urogenitale: Erekttil dysfunksjon. Øvrige: Utmattelse, perifer ødem, felelse av å være full, ødem, uormal gane, vektøkning. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Anoreksi. Abdominal distensjon, hypersekresjon av spytt, gastroesophageal reflukssykdom, oral hypostesi. Hud: Svette, papuløst hudutslett. Lufthveier: Dyspné, tørrhet i neser. Muskel-skjelettsystemet: Muskelsammentrekninger, hevelse i ledd, muskelkramper, myalgi, artralgi, ryggsmertor, smerter i lemmene, muskelstivhet. Psykiske: Depersonalisering, anorgasmi, rastløshet, depresjon, agitasjon, humørsvingninger, forverring av søvnsløshet, redusert stengingsleie, problemer med å finne ord, hallusinasjoner, u normale drømmer, økt libido, panikkanfall, apati. Sentralnervesystemet: Kognitive forstyrrelser, hypostesi, synsfeltforstyrrelser, mystagmus, talevansker, myoklonus, hyperrefleksi, dyskinesi, psykomotorisk hyperaktivitet, postural svimmelhet, hyperestesi, agesi, brønrende felelse, intensjonstremor, stupor, synkope, hukommelsestap. Sirkulatoriske: Takykardi, rødm, hertetokter. Syn: Synsførstyrrelser, tørre øyne, hovne øyne, tåkesyn, øyesmerter, synstretthet, økt tåregroduksjon. Urogenitale: Dysuri, urininkontinens, forsinket ejakulasjon, seksuell dysfunksjon. Øvrige: Asteni, fall, tårst, tett bryst, forhøyet alaninaminotransferase, forhøyet kreatininfosfokinase i blod, forhøyet aspartataminotransferase, redusert platelet. Sjeldne (<1/1000): Blod: Neutropeni. Gastrointestinale: Hypoglykemi. Askes, dysagi, pankreatitt. Hud: Kaldsvette, urticaria. Muskel-skjelettsystemet: Cervikalspasmer, nakkesmerter, rabdomyolise. Hørsel: Hyperakusi. Lufthveier: Nasofaryngitt, hoste, nesetetthet, neseseblidning, rhinitt, snorking, tett hals. Psykiske: Manglende hemninger, økt stemningsleie. Sentralnervesystemet: Hypokinesi, parosmi, dysgrafi. Syn: Fotopsi, øymeritasjon, mydriasi, oscillopi, endret dybdesyn, perifer synstap, skjelving, synsklarhet. Sirkulatoriske: 1. grads atrieventrikulært blokk, sinusakykardi, sinusarymi, sinusbradykardi, hypotensjon, kalde hender og føtter, hypertensjon. Urogenital: Oliguri, nyresvikt, amenoré, brystsmertor, utskillelse av væske fra brystene, dysmenoré, brysthypertrofi. Øvrige: Pyreksi, rigor, anasarca, anksietadom, hoven tungen, forverret smerte, forhøyet blodglukose, forhøyet kreatinin i blodet, redusert kalcium i blodet, vektøkning, redusert antall hvite blodlegemer.

Overdosering/forgiftning: Ved overdoser opp til 15 g ble det ikke rapportert uventede bivirkninger. Behandling av pregabalinoverdose bør omfatte generell støttende behandling og kan omfatte hemodialyse om nødvendig.

Egenskaper: Klassifisering: Pregabalin (S-aminometyl-5-metyltetrasolin) har strukturell likhet med neurotransmitteren GABA (gamma-aminosyre). Virkningsmekanisme: Pregabalin binder til en subenhet (α2-δ-protein) på spenningskontrollerte kalsiumkanaler i sentralnervesystemet. Absorpsjon: Rask i fastende tilstand, maks. plasmakonsentrasjon innen 1 time etter administrering av enkel eller gjentatt dose. Administrering av pregabalin med mat reduserer C_{max} med omtrent 25-30% og forsinket T_{max} med omtrent 2,5 timer, men har likevel ingen klinisk signifikant effekt på graden av pregabalinsabsorpsjon. Biologisk omsetning: ~90%, uavhengig av dose. «Steady state» oppnås innen 24-48 timer. Proteinbinding: Pregabalin binder ikke til plasmaproteiner. Fordeling: Tilsynelatende distribusjonsvolum etter peroral administrering: Ca. 0,56 liter/kg. Halveringstid: 6,3 timer, men sikkerhet og effekt er lik for dosering 2 eller 3 ganger daglig. Plasmaclearance og renal clearance er direkte proporsjonal med kreatininclearance. Metabolisme: Ubetydelig. Ingen indikasjon på racemisering av pregabalin S-enantiomer til R-enantiomen. Utskillelse: Uforandret via nyrene. Hos eldre pasienter og pasienter med nedsatt nyrefunksjon avtar utskillelseshastigheten direkte proporsjonalt med kreatininclearance.

Pakninger og priser: 25 mg: Enpac: 56 stk. kr 219,10. 75 mg: Enpac: 14 stk. kr 147,70. 56 stk. kr 485,80. 150 mg: Enpac: 14 stk. kr 280,10. 56 stk. kr 734,50. 225 mg: Enpac: 56 stk. kr 870,70. 300 mg: Enpac: 56 stk. kr 1006,90.

Sist endret: 13.07.2006

Referanser:

1. Hazzell er ikke en virkelig pasientkassett, men bygget på opplevelser av pasient med nevropatisk smerte kan oppleve.
2. International Association for the Study of Pain. IASP Pain Terminology www.iasp-pain.org.
3. Mayer-Robberg K, et al. Peripheral Neuropathic pain: a multidimensional burden for patients. Eur J Pain 2001;5:379-89.
4. Nicholson B, et al. Comorbidities in Neuropathic pain. Pain Medicine 2003;5:19-27.
5. Rattiner/Sjanger for smertehandling i Norge. Godkjent av den norske lægeforenings sentralstyre. 26.10.2005.
6. Pregabalin.
7. Saketkowsky R, et al. Pregabalin reduces pain and improves sleep and mood disturbances in patients with PNH. Pain 1993;50:89-97.
8. Quenkin RM, et al. Pregabalin for the treatment of PNH: A randomized, placebo-controlled trial. Neurology 2002;59:1274-1283.
9. Van Swender et al. J Pain 2004;5: Suppl. 1:58.
10. Richter et al. Relief of painful ODP with pregabalin: A randomized, placebo-controlled study. T J Pain 2005;6(4):253-260.
11. Lesser et al. Pregabalin relieves symptoms of painful diabetic neuropathy: a randomized, controlled trial. Neurology 2004;63:2104-10.
12. Rosenstock et al. Pregabalin for the treatment of painful diabetic peripheral neuropathy: a double-blind, placebo-controlled trial. Pain 110:2004:28-36.
13. French et al. Dose-response trial of pregabalin adjunctive therapy in patients with partial seizures. Neurology 2002;59:1620-27.



Partner for bedre helse

Pfizer AS - Postboks 3, 1324 Lysaker - Besøksadresse: Lilleakerveien 2B
Telefon: 67 52 61 00 - Faks: 67 52 61 92 - www.pfizer.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

Ref.: 1. Helm P. Der steriliseres for mange kvinder i Danmark. Ugeskr. læger 2001;163;41:5692-5693.

2. Levonova produktresumé. 3. Guillebaud J. Intrauterine contraception -what now and what next? Eur J Contr Reprod. Health Care 2001; 6 (suppl 1): 11-14.

Preparatomtale se side 44

PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI

– tenkning og tilnærming

DEL II: EN KASUISTIKK – REFLEKSJONER OG UTFORDRINGER

(Del II i Utposten nr. 5/06)

AV ELINE THORNQUIST

Innledning

I denne artikkelen vil jeg redegjøre for undersøkelse og behandling av en kvinne i midten av 40-årene. Hun var henviset fra sin primærlege med diagnosen «Spenningshodepine» og gikk i behandling – 24 ganger – i en periode som strakk seg over ett år. Grunnen til at jeg har valgt denne pasienten, som jeg i fortsettelsen kaller Anne, er at hun er ganske typisk for klientellet i psykomotorisk fysioterapi: De fleste er kvinner, midt i livet, og de fleste henvises for forskjellige former for kroppslige plager.

I fremstillingen legger jeg vekt på den kliniske delen av undersøkelsen, og på tolkningen av kroppsforhold. Behandlingsforløpet er nokså kortfattet skissert, men jeg forsøker jeg å få fram valg og vurderinger som er foretatt underveis. Kasuistikken følges av noen refleksjoner over psykomotorisk fysioterapi, og jeg avslutter med å berøre aktuelle utfordringer i dagens samfunn.

Undersøkelsen

Innledende samtale

Anne forteller at hun har ryggplager i tillegg til hodepine. Begge deler har hun hatt i mange år. Hun har prøvd «vanlig fysioterapi», men det hadde ingen virkning. Hun har mer eller mindre vent seg til å leve med slike plager. Nå har hun i en lengre periode hatt ekstra mye hodepine, og hun er som hun sier, «villig til å prøve» psykomotorisk fysioterapi.

Hun beskriver ryggplagene som «trettthetsfølelse» og «murring i nedre del av ryggen»; dette kommer og går. Det er imidlertid hodepinen som hemmer henne i arbeid og dagligliv. Den beskrives som «et intenst trykk» som fører til at hun får problemer med å konsentrere seg. Det hender hun er plaget flere dager i ett strekk, men som regel tar hun smertestillende medikamenter etter en dag, «orke ikke ha det sånn», og det hjelper alltid selv om hun ikke blir kvitt plagene helt. Forteller at hun har «skjev rygg», og at det ble



Eline Thornquist

Fysioterapeut, spesialist i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, professor II Universitetet i Tromsø, Avdeling for sykepleie og helsefag

oppdaget sent i folkeskolealder. Da ble det sagt at hun kom til å få ryggplager senere i livet, og at det ikke var noe å gjøre med en slik skjevhet.

Hun har en krevende jobb der hun er avhengig av å kunne arbeide konsentrert relativt lang tid av gangen. Hun er gift og har to barn. Beskriver en travel hverdag med jobb, familie og husarbeid. Mannen arbeider mye, og hun har hovedansvaret hjemme. Hverken på jobb eller hjemme er det problemer, sier hun, «det er bare for travelt».

Anne liker fysisk aktivitet, men det blir lite tid til slikt. Nevner i den forbindelse at hun av og til har hatt plager/smerter på forsiden av leggene. De kommer i perioder når hun jogger. Det er en stund siden sist (et års tid). Som svar på direkte spørsmål, kommer det også fram at hun sover dårlig. Bekymrer seg over alle oppgavene på jobben.

På spørsmål om hva hun selv tror plagene har sammenheng med, sier hun, «stress og mye å gjøre». Hun ser ryggplagene som en direkte følge av skjevheten. Dessuten sitter hun mye, «altfor mye». Løping på asfalt nevnes som «årsak» til at hun har leggplager periodevis.

Under samtalen merker jeg meg at hun blir rødflammet på halsen, og at hun har få jeg-utsagn og spontane kommentarer.

*Den kliniske undersøkelsen,
ofte omtalt som «kroppundersøkelsen»*

KROPPSHOLDNING: Når det gjelder kroppsholdning ser en etter balanseforhold og kroppens uttrykk; om pasienten er oppstrammet eller oppgitt, om det er akseknakk mellom kroppens deler, (mellom overkropp og underkropp; mellom nakke, rygg, bekken og ben og om det er asymmetrier). Og en ser etter endringer, derfor vurderes kroppsholdningen i ulike stillinger.

Kroppsholdning i stående stilling:

- Står med tyngden litt tilbake, lett aktivitet på forsiden av legger og lår
- Torsjon av thorax med uttalt venstresidig scoliose i thoracaldelen
- Skuldrene er protraherte, albue og fingrene lett flekterte
- Hodet er litt fremskutt, økt lordose i øvre del av nakken
- Aktivt hold i magemusklatur, bremsset pust

Sittende stilling:

- Sitter litt oppstrammet med stor aktivitet i thoracaldelens strekkere, bremsset pust. På spørsmål om hun sitter godt, svarer hun, «trodde dette var riktig sittestilling». Hun prøver å justere seg, men finner ikke helt fram til en god avbalansert stilling.

Liggende stilling:

- Ligger først med litt spenning i bena, men gir etterhvert etter og blir liggende med bena avspente i lett abduert utadrottert stilling inntil kjeve/ansiktet undersøkes; da trekker hun bena litt sammen igjen
- Mønsteret i skulder/nakke opprettholdes. Justerer nakkens stilling litt, mens skuldrenes protrasjon forblir den samme. Hun finner ikke helt hvilestilling for armene
- Bremsset pust, aktiv lukket munn (synlig aktivitet i kjevemusklatur)
- Urolige øyne; blunker mye

FUNKSJON: Når det gjelder funksjon ser en spesielt etter frihet i bevegelser og ledighet i kroppen (jf. begrepet «fleksibilitet»). Det betyr at en ikke bare undersøker bevegelsesutslag, men ser etter om pasienten har evne til å la seg bevege, og om det er muligheter for endring (jf. begrepet «omstillingsevne»). En legger for eksempel merke til pasientens evne til å gi etter for tyngdekraften, om det er resonans i kroppen slik at bevegelser fra et sted kan forplante seg fritt til andre steder uten aktiv medbevegelse eller bremsing, og evne til å la seg bevege passivt.

- Veksler mellom å hjelpe til og holde igjen ved alle passive bevegelser, spesielt av hodet og skuldre/armene. Kjenner det selv, og hun prøver forgjeves å gi etter

- Klarer å slippe skuldre litt etterhvert ved flere forsøk på fremoverbøyning i sittende og slapp-stup stående stilling, men hodet holdes aktivt og blir ikke med i bevegelsen
- Nedsatt strekkbarhet/kort muskulatur i skulderregion og nakke
- Litt nedsatt elastisitet i thorax
- Kjeve: fulle bevegelsesutslag, men ingen frie respirasjons-svar

MUSKULATUR/HUD: Palpasjon utføres i muskulatur over hele kroppen for å få inntrykk av fylde og konsistens, samt spenningsnivå og -mønstre. Samtidig registreres hudkvaliteter, sirkulasjons- og temperaturforhold. Hele tiden er en vår for hvordan pasienten reagerer på å bli berørt - på den nærhet palpasjonen innebærer, og på terapeutens forsiktige forsøk på løsgjøring av muskulatur.

- Lett forhøyet spenningsnivå generelt, mest uttalt i skulder/nakke/hals/kjeve og thorax/ryggstrekkere i thoracaldelen, samt leggmuskulatur (ikke minst i m. latissimus dorsi og teresgruppen, m.gastrocnemius, m.soleus og m.tibialis anterior).
- Palpasjonsøm nevnte steder, svært palpasjonsøm i m.gastrocnemius. Synes det er litt ubehagelig med palpasjon av m. latissimus dorsi og trekker armen litt til seg
- Strengete og ømme ryggstrekkere i thoracaldelen
- Kalde hender/fingre
- Generelt god muskelfylde
- Gir uttrykk for ømhet med ord, men er lite spontan kroppslig og verbalt. Når hun sier ifra, er det forsiktig og konstaterende
- Ser stort sett vekk; det er derfor vanskelig å få blikkontakt

RESPIRASJON: Gjennom hele undersøkelsen ser en etter hvordan pasienten svarer med pusten på det som gjøres og skjer. Omstillingsevne - spontanitet - anses som det viktigste kriteriet på den ideelle respirasjon: Det frie åndedrett er kjennetegnet ved at det tilpasser seg endringer både i følelsesmessige tilstander og i fysiske krav.

- Slipper aldri pusten fritt til; bremser den og har konstant aktivitet i mavemusklatur
- Respirasjonsleie er i mageregionen, frekvensen er lav

Reaksjoner underveis og umiddelbart etterpå:

Gjennom hele undersøkelsen ser en også etter reaksjoner generelt for å få innblikk i hvordan den oppleves. Pasientens reaksjoner betraktes ikke som tilleggsinformasjon, men som en viktig informasjonskilde i seg selv.

- Blir rødflammet i huden under palpasjon av rygg/thorax
- Virket litt fjern, litt utmeldt underveis
- Blunker mer på slutten av undersøkelsen
- Gir som nevnt etter i bena underveis i undersøkelsen, men strammer seg litt til på slutten av undersøkelsen, og

hun gir noe etter i skuldrene ved gjentatte funksjonsprøver

- Kler fort på seg etter undersøkelsen; er raskere i bevegelsen enn ellers

Konklusjon

Konklusjon trekkes på grunnlag av en sammenfatning og vurdering av funn fra alle delundersøkelsene, der funn avveies i forhold til hverandre. Dette innebærer noe annet enn en ren summering, siden kliniske funn ikke er uavhengige størrelser men får sin betydning og relevans avhengig av den sammenheng de inngår i. Konklusjonen på kroppsundersøkelsen sees i sammenheng med informasjon fra samtalen. Pasientens innsikt i egen situasjon, samt den aktuelle livssituasjon han/hun befinner seg i, tas med i betraktning når beslutning om behandling fattes.

Konklusjon på undersøkelsen av Anne

Kroppsundersøkelsen peker entydig mot en relativt omfattende og lite omstillbar kroppslig beredskap. Kroppslig bremsing ved hold av muskulatur og pust, samt manglende evne til å gi etter og la seg bevege, forstås som uttrykk for kontroll av følelser. De fleste kroppslige funn, samt samtalen innhold og form underbygger hverandre. At Anne har god muskelfylde og jevn muskulatur, at hun gir noe etter i ben og skuldre underveis i undersøkelsen og at hun kjenner at hun har tendens til å holde igjen/hjelpe til i bevegelser, betraktes som ressurser. Det samme gjelder hennes stabile familiære og sosiale situasjon. Samlet tilsier undersøkelsen en forsiktig dosert psykomotorisk fysioterapi.

Når det gjelder hodepinen sees den i sammenheng med Annes reduserte omstillingsevne og med hennes begrensede kroppslige og emosjonelle deltakelse – forhold som henger internt sammen. Annes generelle kroppsmønster kan også ha med ryggens belastningsforhold å gjøre, ved at de gir opphav til uheldige bevegelser av rygg og nakke, noe som i neste omgang kan være av betydning for hodepinen.

Den uttalte scoliosen er av typisk ideopatisk karakter (lokalisert til thoracaldelen, inkluderer tydelig torsjon, utviklet i overgangen barndom/ungdom), og bidrar til at hun ut fra mekaniske vurderinger er mer disponert for å utvikle ryggplager. Mangelen på ledighet i kroppen og liten frihet i pusten innebærer lite variasjon og medbevegelse av hele ryggen/nakken under daglig aktivitet og bevegelse, og det er rimeligvis også forhold som kan være med å forklare hennes ryggplager – ikke bare hodepinen.

Når det gjelder de periodevise plagene på forsiden av leggene, kan de sees i sammenheng med løping på asfalt, men også med den tilbakeleante kroppsholdningen, som ak-

tiviserer muskulatur på forsiden av leggen, og som dessuten er å betrakte som et ledd i hennes generelle bremsing og tilbakeholdenhet. En økt grunnspenning reduserer toleransen for fysisk belastning som løping på asfalt.

I samtalen etter undersøkelsen formidler jeg mine vurderinger til Anne, og stiller meg spørrende til om hennes plager og kroppslige tilbakeholdenhet kan ha med mer enn hverdagsbelastninger å gjøre. Hun er ikke avvisende til det, men hun har lite å føye til. Det vil si, hun sier lite, og det hun sier bidrar ikke til å kaste lys over sammenhenger mellom hennes kroppslige tilstand, livserfaringer og livssituasjon.

Behandling

I begynnelsen ble hovedvekten lagt på arbeidet med bena, etterhvert kom fleksibilitet i overkroppen til å stå i sentrum sammen med stimulering av fri strekk i armer og nakke.

Fundament og forankring: 1.–4. gang

I tillegg til benkebehandling med vekt på massasje, løsgjøring, tøying og strekkøvelser for bena, ble timene brukt på å arbeide med tyngdeplassering og avbalansering av kroppen i sittende og stående stilling. Målet var å bedre Annes kontakt med føtter/ben og etablere en forankring som grunnlag for større fleksibilitet og evne til å gi etter i resten av kroppen.

Vi prøvde ut avlastende stillinger for ryggen, og enkle øvelser til hjemmebruk.

Anne uttrykte overraskelse over forskjellen hun kjente på bena under og etter benkebehandling. Når det ene benet var behandlet, kjente hun hvordan det hvilte behagelig samtidig som hun fikk mer kontakt med det. Hun strammet seg til imidlertid litt til ved behandling av nakke/hals/ansikt/kjeve, og jeg gikk derfor tilbake til bena igjen.

Etter hver behandling begynte hun også å kjenne at hun sto bedre, og hun følte seg ledigere. Denne virkningen var imidlertid kortvarig; den varte bare resten av behandlingsdagen.

Nyansering av bevegelser: 5.–8. gang

Etterhvert ga Anne litt mer etter generelt, hun strammet seg mindre til i bena under løsgjøring av muskulatur, strekkstimulering og forsøk på frigjøring av pust.

Anne hadde en tendens til utføre bevegelser mekanisk. Hun fortalte at gjorde hjemmeøvelser daglig, og ofte foran TV eller når hun hørte radio «for å spare tid». Vi snakket om forskjellen på å ha oppmerksomheten et annet sted og å «gjøre noe med kroppen» og på å tilstede og delta i beve-

gelsene. Hun skjønte poenget, men ga uttrykk for at dette var uvante tanker. Hun hadde vokst opp med troen på trening; det gjaldt å stå på og ta hardt i. Vi dvelte ved nyanseering av belastning og bevegelsesmåter, og hun kjente etter hvert forskjeller hun tidligere ikke hadde registrert.

Hun ble litt mindre reservert – både kroppslig og verbalt. Tyngdeplasseringen i stående stilling kom litt mer frempå, og hun kjente hvordan det virket – ikke bare på muskelinnsats og belastning.

Anne ga uttrykk for lettelse over at hun nå hadde helt bagatellmessige plager med ryggen. Hun synes det var litt bittert med all unødvendig bekymring hun og moren hadde hatt i årenes løp, men hun var først og fremst glad.

Virkningen av behandlingen – opplevelsen av å være ledigere – varte flere dager, og hun fikk stadig oftere lyst til å strekke seg og gjespe.

Et slags vendepunkt i behandlingen: 9.–14. gang

Thorax ble mykere og skulderpartiet noe friere. Anne kunne slippe seg litt til – og det kom til uttrykk på mange måter, kroppslig som verbalt. Hun var mer oppmerksomt tilstede i situasjonen, og øynene ble roligere. Men hun opprettholdt tendensen til å ha et aktivt hold i nakke- og kjeve-muskulatur.

I denne fasen fortalte hun at stadig tok seg i å sitte med kjevespenninger, og hun kjente hvordan hun låste pusten. Hun begynte selv å lure på hva det var uttrykk for. Det var også i denne fasen hun kuperte hodepinen et par ganger. Da hun merket at den kom, ga hun seg god tid til å gjøre øvelser, og hun kjente hvordan hun klarte å slippe. Dette ble et slags vendepunkt i behandlingen.

Hun ga meg nå innblikk i sin oppvekst med en streng oppdragelse og en mor som hadde depressive tendenser. Hun vokste opp på en gård, men flyttet tidlig hjemmefra for å skaffe seg utdanning. Foreldrene var stolte over at hun var flink på skolen, men de hadde aldri forsonet seg med at hun bodde så langt unna.

Det kom også fram at hun i begynnelsen synes at øvelsene virket litt merkelige, og at hun var litt skeptisk til at hun ikke skulle ta mer i. Nå fikk hun flere a-ha-opplevelser ved at hun nettopp ikke anstrengte seg.

Noe vekkes til live: 15.–19. gang

I denne fasen arbeidet vi mer med strekk-stimulering, og strekk-impulsene begynte å spre seg litt til armene, og hun

kom litt ut av sitt tidligere protrauerte og fleksjonspregete skulder/arm-mønster.

Hjemme hadde Anne for første gang på lenge hatt en kranjel med mannen om arbeidsdeling. Hun synes det var godt å få sagt i fra, men samtidig ble hun litt engstelig for at mannen skulle bli sur og sint. Hun gikk litt på ank etterpå. Vi snakket om å si i fra istedet for å bite tennene sammen og irritere seg i det stille, og om balanseforhold mellom ektefeller. Hun innså at hun hadde lett for å ta kontrollen hjemme, og at det derfor var urimelig å irritere seg over alt mannen ikke gjorde. Men hun synes samtidig at hun hadde funnet seg i så mye over lang tid.

Det var også i denne perioden Anne begynte å gråte i en behandling (under arbeid med nakke/hals og kjeve). Det var mange år siden hun hadde grått, og hun synes det var både befriende og litt skummelt. Hun fortalte om situasjoner der hun følte seg urettferdig behandlet av mannen sin; han hadde kommet med sårende utsagn om hennes kontrollbehov. Det kom også fram at hun var redd for å ikke strekke til på jobben. Hun sov dårlig i et par uker. Mer vekt ble lagt på arbeid med bena og på vektbærende stillinger for å stabilisere de endringer som hadde funnet sted. Behandlingen var av mer støttende og beroligende art, og hun roet seg uten at hun låste seg kroppslig.

Vi runder av: 20.–24. gang

Det var vår, og Anne begynte å ga turer et par ganger i uken. Av og til tok hun også en joggetur uten å få problemer med leggene. Jeg oppmuntret henne til å fortsette med dette, nå når hun ikke presset seg, og skulle gjøre så mye på en gang.

Fortsatt hadde Anne et noe bremset kroppsmønster, men hun var langt ledigere i kroppen, og noe friere i pusten. Behandlingen foregikk sjeldnere, og det ble ikke lagt mye vekt på omstilling.

Anne var svært fornøyd med behandlingen, og hun synes nesten det var utrolig at hodepinen var blitt så mye bedre – den kom langt sjeldnere og var mindre intens. Hun var fornøyd med å ha fått noe hjelpemidler hun kunne bruke på egenhånd, og vi ble enige om å avslutte behandlingen.

Kommentarer – refleksjoner – utfordringer

Denne kasuistikken illustrerer hvordan kroppen kan være en sentral kilde til innsikt – både for pasient og terapeut. På denne bakgrunn vil jeg understreke at Annes hodepine, ryggplager og hennes tendens til overbelastningssymptomer i leggene ikke er å betrakte som tre uavhengige lidelser. De henger derimot innbyrdes sammen, og kan vanskelig

forstås uten å se dem i sammenheng med hennes generelle beredskap og væremåte. I slike tilfeller er det lite hensiktsmessig å konsentrere undersøkelse og behandling av ett problem og en kroppsdel av gangen – og hver for seg.

Å utvikle en mer hensiktsmessig bruk av sin kropp betyr i en psykomotorisk tankegang å utvikle en mer hensiktsmessig bruk av seg selv, siden kroppen ikke forstås som «noe» utenpå og uavhengig av subjektet – den handlende person, og heller ikke som løsrevet fra personens livssammenheng.

Med denne kasuistikken har jeg også ønsket å vise hvordan en i psykomotorisk fysioterapi går varsomt fram; en er vår for pasientens reaksjoner og forsøker aldri en utviklingsprosess. Videre har jeg forsøkt å få fram hvordan kroppen er inngangsport til spørsmål og samtale, og hvordan verbale og kroppslige tilnærmingsmåter kan utfylle og berike hverandre. I den forbindelse vil jeg fremheve betydningen av å gi pasienter muligheter til å prøve seg fram og utforske bevegelser og belastningsmåter. På denne måten kan det legges et grunnlag for at den enkelte (videre)utvikler tillit til egne erfaringer – egen kropp, og det kan etableres forbindelser mellom liverfaringer, følelser og kroppslige vaner og reaksjonsmåter. Slik kan behandlingen sette i gang en selv bærende prosess, og derved gi innhold til sjablongaktive uttrykk som «hjelp til selvhjelp».

I forlengelsen av denne kasuistikken vil jeg knytte noen betraktninger til samtalen i psykomotorisk fysioterapi – et område som er gjenstand for økende interesse blant dagens psykomotorikere (se for eksempel 1–5).

Samtale: en hjelp til (selv)forståelse og deltakelse

Den klassiske psykomotoriker skulle være tilbakeholden; hun skulle først og fremst være en god lytter og fungere som en «klagemur» for pasienten (6,7). I den tradisjonelle opplæringen ble det understreket at pasienters spørsmål skulle vendes tilbake til dem, «Hva tror du selv» for å sette igang egenrefleksjon. Videre skulle terapeuten gjenta pasientens ord, eventuelt forsiktig reformulere budskapet og slik bekrefte pasienten. Samtale ut over dette, ble fremstilt som legens – psykiateren og allmennpraktikerens – ansvarsområde (6,7). I dag er det mange som stiller spørsmål ved denne arbeidsdelingen, og som peker på at den skaper et skille som vanskelig kan sies å være i tråd med tenkningen i tradisjonen. Samtidig er det stor enighet om at samtalen primært skal være her-og-nå orientert og ta utgangspunkt i pasientens kroppslige erfaringer, belastninger og meddelelser.

Kombinasjonen av kroppslig og verbal tilnærming gir spesielle mulighetene i psykomotorisk fysioterapi. Pasienter kommer ofte med assosiasjoner og minner underveis i

undersøkelse og behandling, og gjennom å arbeide med kroppen utvikler de oftest en kontakt med egen kropp/seg selv, som gjør at de begynner å reflektere over sine plager og hva de har sammenheng med. Utfordringen som terapeut er å skape rom for refleksjon og samtale slik at den enkelte får hjelp til å bearbeide sine erfaringer og derigjennom komme ut av uheldige og repeterende handlingsmønstre.

Avslutningsvis vil jeg plassere kropp og fysioterapi i en større sammenheng.

Aktuelle utfordringer

Den psykomotoriske tilnærmingsmåte er utviklet i et samfunn som skiller seg radikalt fra dagens. Det er ikke tradisjonbundethet, trange handlingsrom og få valgmuligheter som preger vår tid og vår del av verden. Dagens samfunn er derimot kjennetegnet av «frisettelse» fra overleverte tradisjoner og normer, forskyvning av grenser og en oppløsning av det tidligere «som far-så-sønn»-samfunnet. Dette er trekk som er godt beskrevet og redegjort for fra sosialfilosofisk og samfunnsvitenskapelig hold (se eksempelvis 8–11).

Livet er blitt mindre forutsigbart og det er færre faste holdepunkter for den enkelte. Samtidig møter hver og en økende forventninger og krav om forandring, omstilling og fornying. Og alt forandres stadig hurtigere.

Skal vi ta kroppsforståelsen i den psykomotoriske tradisjon alvorlig, innebærer det å erkjenne at dagens mennesker er preget av dette – også som kroppslige vesener. Dermed kommer nøkkelbegrepene i tradisjonen, fleksibilitet og omstillingsevne – som altså er blitt honnørbegreper i og for vår tid – i et nytt lys, og vekten på stabilitet og forankring får fornyet aktualitet.

Om dette er det mye å si. Vi berører omfattende og komplekse problemer som fortjener grundig drøfting. Det lar seg imidlertid ikke gjøre i en kort artikkel som her. I denne sammenheng begrenser jeg meg til å minne om at i dagens situasjon kommer kroppen inn med full styrke: I en verden som oppleves uoversiktlig og usikker, er mange på leting etter holdepunkter. Kroppen kan lett bli målet i en slik søken. Dette forsterkes blant annet av dagens kommersialisering av kropp og fysisk aktivitet. I dette klima kan mange slags problemer gjøres om til kroppslige problemer, og enkelt personer kan lett få følelsen av å miste «grepet», miste «fotfestet». Det betyr at helsepersonell – ikke bare psykomotorikere – står overfor mange nye utfordringer.

Litteratur fåes ved henvendelse til forfatteren:

Eline.Thornquist@fagmed.uit.no

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!*

Lunsjmøte med industrien

AV PETTER BRELIN OG JANNIKE REYMERT



Tom Erik Gundrosen og Siri Brelin diskuterer Glitazones plass i diabetesbehandlingen.

Det er noen av oss som liker å motta legemiddelrepresentanter. Enkelte synes å anta at man tar i mot disse representantene for den imperialistiske monopolkapitalismen i den hensikt å kunne raske til seg linjaler, penner og merkelige smågaver i plast mens man dytter baguetter med alt for mye majones inn i munnen. Tro det eller ei, motivet til mange av oss er noe anderledes. Vi ser det som en utfordring. Det er nemlig en utfordring å møte velutdannede mennesker som på en meget overbevisende og svært planlagt måte, forsøker å få deg til å selge akkurat deres medikament til dine pasienter. Tar du i mot en konsulent, møter du en person som har gått på uke-lange seminarer. Hun har rollespilt situasjonen på ditt lunsj-rom lenge før hun møter deg. Hun vet mye om deg fra data-baser, kolleger, firmaet og tidligere besøk. Væpnet til tennene med argumenter, powerpointpresentasjoner, kulepennner og allehånde diskusjonsteknikker er hun klar for å møte deg. Og allikevel er hun nok ofte spent og lurer på hva hun møter.

Jeg synes hun skal møte en imøtekommende og kritisk doktor som væpnet med sin generelle kunnskap kan ta i mot

budskapet og diskutere det på et vitenskapelig og klinisk relevant grunnlag. Det er faktisk ganske gøy. Jeg har laget meg noen enkle regler for hvordan jeg tar i mot legemiddelrepresentanter. Det første møtet med representanten er gjerne i telefonen. Dersom det er et bookingbyrå som ringer for en eller annen representant, ber jeg om at representanten ringer selv. Først og fremst fordi jeg helst vil avtale temaet for møtet. Gammelt, kjent stoff som jeg har hørt før avviser jeg. Temaet for møtet skal være relevant i min praksis og budskapet bør inneholde noe nytt. Du får gjerne tilbud om at hun tar med mat. Dette er gjerne kraftige saker som gjør at du får en ubendig lyst til å legge deg ned på et par timer etter lunsj. Det passer ikke særlig godt i min praksis. Dessuten er det dønn umulig å diskutere mens reker og majones spruter ut av munnvikene. Jeg sier nei takk. Frukt er det noen som tar med. Det tar jeg i mot med stor glede. Frukt er godt og jeg føler meg ikke videre korrumpert av noen bananer eller en annanas (men det kan sikkert diskuteres). Jeg prøver å komme til et slikt møte på det tidspunktet som er avtalt, som jeg gjør til alle møter. En sjelden gang har jeg

kikket raskt igjennom litteraturen på forhånd. Etter at formalitetene er over, kaster vi oss over dagens tema. Da begynner utfordringen! Første bud er å ikke la seg overkjøre. Tempoet kan lure deg. En velkledd og skråsikker person som fyker av gårde i argumentasjonsrekken mens bildene i power-pointen flimrer forbi med en hastighet som gjør at enhver statistisk sammenheng må tas for gitt, er ikke noe godt utgangspunkt for å sjekke at det faktisk er slik som vedkommende påstår. Går det for fort, innrømmer jeg at jeg ikke har skjønt et skvatt og tar gjerne kontroll over flip-overen eller pc'en som presentasjonen vises med. Når det går i mitt tempo, går jeg raskt igjennom alle de vakre bildene og de tomme frasene fra reklamebyrået i begynnelsen av presentasjonen slik at jeg kan bruke mer tid på tallene som pleier å komme senere. For det er tallene jeg er ute etter. Og tallene er der nesten alltid. De tallene jeg skal forsøke å oversette slik at de blir til meningsfulle begreper for min egen praksis.

Det er en del ting man skal se etter når man går igjennom en slik presentasjon. Det første er selvsagt om dette er relevant for mine pasienter. Det er som oftest det. Det er få som gidder å reklamere for noe som de vet ikke har noen relevans.

Det er imidlertid overraskende mange som er villig til å reklamere for noe som ikke er skikkelig dokumentert. For eksempel er det utrolig ofte folk har forsøkt å selge mine pasienter (via meg) medikamenter som senker blodtrykket. Dersom de ikke kan vise at medikamentet deres virker på sykkelighet og dødelighet, er jeg ikke særlig interessert. Jeg er av den oppfatning at mine pasienter i og for seg ikke trenger å tenke på blodtrykket i seg selv. Det er risikoen for hjerneslag og slikt som bør oppta dem. At noe senker trykket og reduserer sannsynligheten for mikroalbuminuri om noen år, er ikke nok til at jeg tør å ta medikamentet i bruk. For et drøyt tiår siden klarte noen å overbevise meg om at en alfablokker som virket «lipidgunstig» ville redusere sykkelighet og dødelighet. Jeg ble vist en rekke sekundære mål som blodtrykk, lipider og kaniner som ikke syknet hen. Produsenten ga oss aldri noen «harde endepunkter», ikke en lyd om liv spart eller sykdommer hindret. Ti år senere ble den til et prostatapreparat. Nå hører jeg sjelden noe om den. (Noen hadde undersøkt om den sparte liv og reduserte sykkelighet. Det gjorde den kanskje, men tiazidene var bedre.) Lurt har jeg blitt mange ganger, men jeg liker å tro at det blir stadig vanskeligere å lure meg.

Det er harde endepunkter jeg vil ha.

Noen ganger viser medikamentet en tydelig effekt på en relevant problemstilling. Da skal man følge godt med. Da kan det hende jeg skal ta i bruk dette medikamentet. Men vi er desverre ikke i mål enda. En ting er at noe virker,

en annen er om det virker så godt at det blir et verdifullt middel jeg kan bruke. Jeg er ikke noen statistiker, men jeg har forstått såpass at en p-verdi som et uttrykk for at det er en statistisk sammenheng, ikke er særlig verdifull informasjon for å evaluere legemiddel effekt. Du må vite et par ting til. Det ene er om utfallsmålet som blir presentert er klinisk relevant. Dersom du fjerner hodepinen etter ti minutter i stedet for om 1 time, blir det sikkert satt pris på av dine migrenepasienter. De er neppe så imponerte om det går 55 minutter, selv om det er en signifikant forskjell.

Og så er jeg glad i Numbers Needed to Treat, «NNT». Hvor mange migrenepasienter må jeg behandle for at én skal oppleve en positiv forskjell i forhold til et annet medikament? Er dette tallet lavt, utfallsmålet relevant og prisen til å leve med, vurderer jeg å skifte behandlingsstrategi.

Det skjer ikke ofte.

Totalt sett kommer det egentlig sjelden endring av mine behandlingsstrategier i møtet med legemiddelindustrien, men jeg tror at det kommer en del annet som kan være nyttig. Man får en viss trening i å tenke fritt, kritisk og vitenskapelig. Dette kan man bruke på alle andre som prøver å overbevise oss også. Jeg synes for eksempel ikke at det er noen grunn til å legge fra seg skepsisen når man leser utredninger eller rapporter fra myndigheter og institusjoner. Vi skal ikke stole på noen, heller ikke alle de såkalt «uavhengige» institusjoner som oftest har rekke mer eller mindre skjulte agendaer.

Og selvsagt – noen ganger oppdager du at du har ikke brukt det mest optimale medikamentet, pasientene dine kan sikkert ha nytte av å bruke noe annet. Den som sitter fremfor deg har tallene og argumentene som tilsier at du skal endre praksis. Det er også nyttig. For pasientene dine.

Petter Brelin

Farlig mann?
Neppe.





Lunsj uten legemiddelrepresentant på besøk på Bakklundet legekontor. Fra venstre: Fastlege Pål Tveter, helsesekretær Ellen Dypvik og helsesekretær Hildegunn Thorsvik.

Petter!

Du tilnærmer deg problemet «legemiddelrepresentanter-på-lunsjbesøk» på en leken og som alltid positiv måte: «Dette takler jeg! Jeg har nok vitenskapelig bakgrunn til å gjennomskue tall, kurver og resultater representantene har med seg!» Det er nesten så du fremstår som en som aldri lar seg lure – uten den ene gangen med alfablokkeren da – for ti år siden!

Jeg har de siste årene ikke tatt imot representanter for industrien på mitt kontor. Jeg har mange, etter mitt syn, gode grunner til å fortsette med å innta lunsj sammen med kolleger og ansatte på kontoret uten at industrien får forstyrre oss med lekre baguetter (du verden så gode de var!), ymse reklameartikler og svært så overbevisende argumenter om at nettopp deres preparat er mye bedre enn konkurrentenes.

Jeg følte at jeg lot meg lure av dem hele tiden, uten dermed å si at feilen lå på dem. Det var jeg som ikke skjønte bedre! Hver gang ble jeg overbevist om det var riktig det han/hun sa, p-verdiene var der og alt tydet på at akkurat dette preparatet faktisk var bedre enn konkurrentens (enda de på sin side nylig hadde vist meg at deres var preparat var best, men hvordan så nå de kurvene ut igjen da?). Jeg tror ikke jeg sov for mye i statistikktime på studiet, men å anvende denne kunnskapen på en så god måte at jeg selv kan se om det ene preparatet er bedre enn det andre, se der svikter det for meg! Og du er jo selv inne på det, disse menneskene har jo både utdannelse og ukelange seminarer bak seg for å fremstille tall og kurver på en måte som setter deres preparat i det beste lys. Ingen av dem har jo noen gang kommet med en kurve som viser at det de selger igrunnen er like bra/dårlig som konkurrentenes – og det sier igrunnen alt! Det de lærer på seminarer sine er jo nettopp å fremstille det så godt at jeg blir overbevist!

En annen sak er denne: Er det ikke mulig at det du tolker av presentasjonene bare blir en krusning på overflaten – og at firmaene ved å besøke deg, tross dine innvendinger, allike-

vel har oppnådd det de egentlig ville at du ubevisst har blitt oppmerksom på deres preparat eller iallefall ubevisst har latt deg besnære av den medikamentelle behandlingsmuligheten for den tilstanden de ofte fremstiller som et stort, «ubehandlet folkehelseproblem» (potensproblemer, ufrivillig urgesymptomer, blodtrykkesmedikamenter – you name it!)? Jeg tenker som så: det koster masse å la disse menneskene kjøre rundt i bil – her jeg bor er det mange timers bilkjøring for å treffe to til tre leger! Disse firmaene, som ofte har den beste inntjeningen i hele verden, bruker neppe så mange penger på noe de ikke får noe igjen for: På en eller annen måte øker de ommsetningen ved at vi tar imot industrien!

Nå kan det jo ha seg slik at jeg på denne måten hindrer mine pasienter i å få prøve det nyeste nye, som kanskje har fordeler fremfor gamle preparater. Men det har seg slik at jo fler år jeg har arbeidet i bransjen, jo fler eksempler har jeg sett på nye, «bivirkningsfrie» medikamenter som lanseres med brask og bram for så å trekkes fra markedet innen få år. Alfablokkerne for hypertoni var et eksempel, COXX-2-hemmerene, østrogener mot overgangsaldersplager er andre gode eksempler – var det noen i kollegiet som klarte å finne feilen ved de kurvene representantene da reiste rundt med? I forrige nummer av Utposten skrev vi om at det nå såes stor tvil om SSRI-preparatenes angivelig gode effekt – det er et preparat vi alle har skrevet ut i bøtter og spann i et drøyt ti-år! (Her må jeg innrømme nok et manglende vitenskapelig trekk ved min praksis: Med så mange pasienter i min praksis som jeg er helt overbevist om at har hatt nytte av SSRI-preparater nekter jeg å tro at de ikke virker, uansett hva vitenskapelige studier måtte vise, mitt kliniske skjønn sier meg at de virker!)

Et annet argument mot å bruke lunsjen på industrien er at det sosiale miljøet på kontoret er bedret betydelig – nå snakker vi uforstyrret sammen om unger, varmpumpeinnkjøp (jeg kjøpte i forrige uke – etter vedtak på lunsjrommet!) og det spesielle som eventuelt har skjedd i løpet av formiddagen på kontoret.

Til slutt enda en grunn til ikke å slippe industrien inn på mitt kontor: Alle norske medisinske tidsskrifter har etter reklameboikotten industrien gjennomførte for noen år siden fått økonomiske vansker i mer eller mindre grad. Derfor får alle som vil besøke meg som svar at jeg leser flittig annonser i tidsskriftene, med dem holder jeg meg oppdatert – skal de nå meg bør de bruke annonseplassen de kan kjøpe i tidsskriftene og slippe å ligge på to hjul på dårlige nord-trønderske veier dag ut og dag inn!

Jannike Reymert



Partner for bedre helse

LIPITOR® 80 mg

- dokumentert større
klinisk gevinst hos
pasienter med
koronarsykdom^{1,2,3}



Koronarsykdom

Refusjonskriterier:

Alle pasienter med behov for medikamentell lipidsenkende behandling skal bruke simvastatin med mindre andre refusjonsberettigede lipidsenkende legemidler må brukes av tungtveiende medisinske grunner. Dette må i så fall begrunnes i journalen.



LIPITOR®
atorvastatin

Power You can Trust



Partner for bedre helse

PROTONPUMPEHEMMEREN **SOMAC[®]** (PANTOPRAZOL) **GIR**

- rask og effektiv tilheling av GERD -lesjoner¹
- rask lindring av symptomer ved reflukssykdom¹
 - 65% av pasientene var kvitt alle symptomene etter 10 uker med Somac 40 mg¹)

Somac[®] 40 mg er effektiv ved erosiv GERD¹.

- Ved bruk av Somac[®] 20 mg eller 40 mg opprettholdes tilhelingsraten ved langtidsbehandling².

SOMAC[®]
PANTOPRAZOL

Se preparatomtale og referanser på side 40

HERBERGET

– eller om å ha flere tanker i hodet på samme tid

HERBERGET

av Bertolt Brecht

Jeg hører at i New York
på hjørnet mellom 26. gate og Broadway
står det om vinteren hver kveld en mann
og skaffer de husløse som samler seg der
penger han samler inn, så de får plass i herberget.

Dette forandrer ikke verden
Dette forbedrer ikke forholdene mellom menneskene.
Dette forkorter ikke utbyttingens tidsalder.
Men noen menn har fått plass på herberget.
Vinden blir holdt borte fra dem en hel natt.
Snøen som skulle falle på dem, faller på gaten.

Menneske, legg ikke vekk boken hvor du leser dette!
Noen mennesker har nå plass på herberget.
Vinden blir holdt borte fra dem en hel natt.
Snøen som skulle falt på dem, faller på gaten.
Men dette forandrer ikke verden.
Dette forbedrer ikke forholdene mellom menneskene.
Dette forkorter ikke utbyttingens tidsalder.

(Fra Tolvskillingsoperaen, 1928, oversatt av Georg Johannesen, fra
«Brecht 100 dikt», Bokklubbens lyrikkvenner, 1968)

Ofte sier et dikt på noen linjer mer enn lange avhandlinger. Det er et budskap i fortettet form, som treffer nærmere fenomenets kjerne – «das Ding an sich» – enn saklige og vitenskapelige tilnærminger.

For meg sier dette diktet noe om den vanskelige kunsten å evne å ha flere tanker i hodet på samme tid. Og om å kunne se nytten av det man kan gjøre, i stedet for å overveldes av alt man ikke kan klare. Det er ikke minst viktig når man i helsevesenet arbeider med «kompliserte og sammensatte» problemer. Dem er det mange av, og som fastleger har hver og en av oss en del pasienter med denne type problematikk på våre lister. Det kan være de kronisk alvorlig psykisk syke. Eller dem med alvorlige fysiske funksjonshemninger eller psykisk utviklingshemming eller begge deler. Eller dem med alvorlige kroniske lidelser som medfører store smerter og plager. Eller de traumatiserte flyktningene. Eller de tunge rusmisbrukerne eller dem med alvorlige personlighetsforstyrrelser som ofte er «sin egen verste fiende», som velter alle opplegg som vi som hjelpere prøver å stable på beina. Og mange, mange andre. Felles for dem er at de har problemer – som er «kompliserte og sammensatte» – og som ingen, og slett ikke legen, kan fjerne. Grunnlaget for deres problemer kan være sammensatte, med komponenter av genetikk, miljø- og samfunnsmessige påvirkninger i ulike livsfaser, ettervirkninger av voldssomme livshendelser eller utslag av politiske og samfunnsmessige maktforhold.

Stilt overfor slike problemer kan man bli lammet av den andres lidelse, bli oppgitt og motløs. Da kan det være befriende å tenke over at vi ikke kan eller skal løse alle verdens problemer, og heller ikke hindre alle ulykker som rammer disse pasientene. Fordi det ikke er mulig. Vi må sette grenser for vårt engasjement, og avfinne oss med vår impotens som helbredere og hjelpere.

Men likevel kan vi – så godt som alltid – gjøre noe for å lette deres liv. Vår medisinske kunnskap og erfaring kan bidra til å gi dem et bedre liv, innenfor rammen av deres livsbetingelser. Vi kan kanskje tro at det er lite, men det kan like fullt bety en viktig forskjell når «snøen som skulle falt på dem, faller på gaten».

Ivar Skjæie

ILLUSTRASJONSFOTO: MIKE HOWELL





Providence

Det var fredag kveld, den siste helgen før augustferien var til ende. Toget kjørte inn på Gare du Nord og slapp ut feriefolket til ventende venner og slektninger. Ikke alle ble møtt på perrongen. Mange kjempet med velvoksne ryggsekker, trillebager og kofferter, omtrent som snegler med hus på ryggen, slik dagens mennesker tror det må være. Foran meg bakset en velvoksen svart kvinne med en moderne barnevogn av det sportslige slaget. Den med tre hjul og racerstyre. I tillegg til vognens egentlige innehaver var den fylt med ulike pakkenelliker, men med elegance og kraft manipulerte moren vogn med innhold ned på perrongen. Dessuten bakset hun med en massiv trillebag i maksimal størrelse. Jeg så dette litt på avstand. Det var flere mennesker mellom oss, men alle hadde nok med sitt. Da jeg kom fram til døråpningen så jeg en litt mindre trillebag stå noe ensom og forlatt på siden. Ingen av de andre passasjerene gjorde mine til å ta den med seg. Jeg fikk en innskytelse at dette nok var den tredje rullende innretningen mammaen hadde med seg. Nede på perrongen så jeg henne en tjue meter framfor meg. Jeg skyndte meg fram, opp på siden og fikk fram et spørrende «Madame, avez-vous oublié...». Lenger kom jeg ikke. Hun så seg rundt. «Mon sac!» Jeg tilbød å vakte barn, bag og vogn. Hun takket abrupt og løp tilbake mot toget hun nettopp hadde forlatt. Den lille, jeg tror det var en gutt på ett og halvt år, så på meg med halvlukkede øyne og tok det hele med stoisk ro. Jeg rakk å tenke på hva som skulle hende om hun ikke kom tilbake. En liten gutt, mye bagasje, det kunne bli oppslag til en større roman. Men før første kapittel var skrevet så jeg henne komme tilbake, et hode over de andre passasjerene som fortsatt gikk ut av toget. Men hun dro ikke på noen tidligere ensom og forlatt bag, derimot holdt hun en håndveske tett opp mot brystet. Ansiktet viste en blanding av desperasjon, glede og lettelse på en gang. Jeg hadde aldri sett håndvesken før. Den hadde ikke noen som helst likhet med trillebagen jeg hadde reagert på. Hun så på meg og knyttet hendene rundt vesken: «Merci monsieur. C'était providence!»

Dan Thell

Dag Thelle

SOMAC®
SANTOPRAZO

^C Somac ALTANA Pharma AG

Syngnathus abaster, salttyresekretoriskemmenende middel

ATC-se: A02B C02

ENTEROTABLETTER 20 mg og 40 mg: 16-er enterotablett innesh: *Panoprazol*atrium 20 mg, hjelpestoffer: pantoprazol 20 mg, resp. 40 mg, mannitol 21,3 mg, resp. 42,7 mg, hjelpestoffer: Fargestoff: 20 mg: Gult, rødt og sort jernoksid (E 172), titandioксid (E 171); 40 mg: Gult jernoksid (E 172), titandioксid (E 171).
PULVER TIL INJEKSJONSVÆSKJE, oppløsning 40 mg: 16-er hettelglass innesh: *Panoprazol*atrium 42,3 mg, pantoprazol 40 mg, diatriummetatylfildratt, natriumklorid.

Indikationer: 20 mg: Behandling af mild refluxsygdom og tilhørende symptomer (f.eks. surt opstød og halsbrænd). Længstefølgende behandling af refluxsygdoms fakti. Taktikallopprolapse. Forebyggelse af gastroduodenalel indukt af åkkelvæde-åke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs), der rukoopæster som tægt koniumer NSAID-behandling. 40 mg: Behandling af duodenale, ventrikulære og refluxsygdom. Zollinger-Ellisons sygdom og andre tilstande med patologisk høj syreksekretion. Kun enterotabletter. Tillegg til antimikrobiell behandling når eradikering af *Helicobacter pylori* hos voksne skal uføres ved ulcusogen.

Dosering: Enkelttabletten indtages 1-2 gange om dagen, 1 time før frokost. Tabletterne skal kun knuses eller tygges. Måltid reflekskrampes og tilhørende symptomer (f.eks. skæve opkast og halskramp) behandles med 20 mg daglig, varig i 1-4 uker. Ytterligere 4 uker behandling dersom bedring ikke sees. Længdelidendebehandling av reflekskrampeslag skal tilkaldes i henholdsvis 1-4 uker ved mildere og 2-4 uker ved alvorligere tilfeller. Ved alvorlige tilfeller kan doseringen økes til 40 mg daglig, med sikring ved bruk over flere år ikke er klarlagt. Reflekskrampeslag: 40 mg 1 gang daglig, varig i 1-4 uker. I tilfeller der årsaken ikke er etablert, anbefales ytterligere 4 uker behandling. Forebygging av gastroduodenale maldre induisert av NSAIDs hos risikopatienter som trenger kortvarig NSAID-behandling: Arbrafod 20 mg daglig.

Duodenale: 40 mg 1 gang daglig, væltigtis 2 uker. I de tilfeller der størkt øke er tilføjet, anbefales ytterligere 2 ukers behandling. Ytterligere: 40 mg 1 gang daglig, væltigtis 1 uke. I de tilfeller der størkt øke er tilføjet, anbefales ytterligere 4 ukers behandling. Trippelregime ved eradikering av *Helicobacter pylori* ved ulcusogytis: Anbefalt regime: Pantoprazol 40 mg + amoksisillin 1 g + metronidazol 500 mg, alle 2 ganger daglig i 1 uke. Ved tilførsel av smagende effekt av anbefalt regime, bør resistensbestemelse finne sted for annerledesbehandling i stureshus. Annerledesbehandling: Pantoprazol 40 mg + amoksisillin 1 g + klaritromycin 500 mg, alle 2 ganger daglig i 1 uke eller pantoprazol 40 mg + metronidazol 500 mg + klaritromycin 500 mg, alle 2 ganger daglig i 1 uke. Løngtidsbehandling av Zollinger-Ellison syndrom og andre tilstander med patologisk høy syresekresjon: Behandlingen bør starte med en doseredose på 80 mg. Deretter kan dosen justeres etter behov (iht. syresekresjon). Ved doser >80 mg i døgnet deles dosen og gir 2 ganger daglig. En midlertidig økning av dosen til >160 mg i døgnet er mulig, men bør ikke brukes lenger enn nødvendig. Behandlingsvirkhet bør tilpasses pasientens behov. Påvirkning på indjeksjonsvirkning: I de tilfeller der pasienten ikke kan behandles peroralt, anbefales 40 mg pr. dag gitt som 1 injeksjon over en periode på 2-15 minutter. Dermed rask kontroll av syresekresjonen er påkrevet, er en startdose på 2 x 30 mg i tillegg til de 1-4 ukers syreproduksjon til <10 mEq/time innen en time. Så snart peroral behandling synes mulig, bør iv behandling stoppes, og peroral behandling begynner. Klinisk forsøking hos eldre pasienter og pasienter med nedsatt nyrefunksjon synes ikke å være klinisk relevante, og dosjustering er derfor ikke nødvendig. Pantoprazol dialyseres i svært liten utstrækning. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved moderat til alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon kombinasjonsbehandling ved eradikering av *Helicobacter pylori* ikke gis, da det foreligger ikke foretatte sikkerhets- og effekt for både til disse pasientene.

Førskiftighedsregler: Før behandlingsstart skal cancer svafag og/eller cancer ventriculi udelukkes da behandling med pantoprazol kan maskere symptomer på cancer og dermed forvride diagnosen. Udgangsvænske skal først og fremmest verificeres ved røntgen eller endoskopi. Refluxsygdomsskilt skal påvises endoskopisk og/eller ved biopsi. Klinisk erfaring med bismangel. Ved stærkt nedsat leverfunktion bør leversymptomer overvåges jævnligt, specielt ved langtidsbrug. Ved forhøjet leversymptomatik skal behandlingen med præparat afbrydes. Patienter med alvorlig nedsat leverfunktion bør ikke tage højere dose end 20 mg pantoprazol. Brug af 20 mg for at forhøje gastrointestinale induceret af NSAIDs bør kun gøres til patienter som trænger kontinuerlig NSAID-behandling, og som har økt risiko for udvikling af gastrointestinale komplikationer. Den økte risikoen skal vurderes i.h.t. individuelle risikofaktorer, f.eks. høj alder (≥ 65 år), tidligere tilfælde af gastro- eller duodenale eller gastrointestinale blødning i øvre del. I langtidsstudier (2-5 år) er der et øget behandlings med pantoprazol i doser som tildeles giv fuldstændig herrens af saltsyresekretionen, selv forekomst af ECL-celle hyperplasi og ECL-celle karcinomer. Disse forandringer er sæt i sammenheng med de økte gastrinnivåer som opstår sekundært til markant syresekretionshemning. Disse fund antas ikke ha klinisk betydning ved korttidsbehandling. I administrering anbefales bare der personl behandling ikke er egnet. Doser på 40 mg/dag bør ikke overskrides hos eldre patienter og hos patienter med nyre- og/eller leverproblemer. Ved Zollinger-Ellison syndrom og andre tilstander med patologisk høy syresekretion, kan pantoprazol reducere absorpsjonen av vitamin B12 (cyankobalamin).

Interaktioner: Pantoprazol synes at have lavt potentiale for at påvirke farmakokinetikken til andre lægemidler. Dermed absorptionsen af et lægemiddel er pH-afhængig (f.eks. kotekozonol), kan absorptionsen ændres ved samtidig administration. Muligheden for interaktioner med lægemidler som metaboliseres via cytochrom P-450-systemet kan ikke udelukkes. Noen få isolerede tilfælde af forandringer i INR er rapporteret ved samtidig brug af fenytoin og warfarin. Patienter som behandles med kumarin antikoagulanter skal kontrolleres med protrombin tid/INR efter start af behandling, ved afsluttet behandling eller ved uregelmæssig brug af pantoprazol.

Graviditet/Amning: Pantoprazol har i dyreforsøk vist en svak embryotoksisk effekt, samt en postnatal effekt ved skapning gjennom laktasjonen. Pantoprazol bør derfor ikke benyttes under graviditet og amning.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Abdominalsmerte, diaré, forstoppelse og gassdannelse. Hodesmer. Mindre hyppige: Kvalme/betrængninger. Svimmelhet, synsforstyrrelse (mest syn). Allergiske reaksjoner som utslett og kløe. Sjeldne (<1/1000): Muntørrhet. Anafylaktisk, leukopeni, trombocytopeni. Ødem, feber, deppisjon og mangelvæker. Anafylaktiske reaksjoner inkl. anafylaktisk sjokk. Anorlig hepatocellular skade som kan føre til gultøst eller levervikt. Økte leverenzym (transaminaser, -GT) og forhøyet triglyserider. Intestinalt nedföll. Urticaria, angioedem, alvorlige hudreaksjoner som Stevens-Johnsons syndrom, erythema multiforme, Lyells syndrom, fotosensibilisering.

Overdosering/Forgiftning: Oplysninger om overdosis hos mennesker foreligger ikke. Intravenøs enkeltdose på 240 mg, over en periode på 2 minutter, tolereres godt. Behandling: Symptomatisk.

Egenskaper: Klassifisering: Pantoprazol er et substitusert benzimidazol som doseavhengig hemmer sekresjon av saltsyre i magesekken gjennom sin spesifikke virkning på tryptopanzellene i parietalcellene. Pantoprazol er en oral stoffform som foreligger som et racemat. Begge enantiomerne er ekvivalente in vivo. Virkningsmekanisme: Pantoprazol aktiveres i magesekkelumen til et steirinsyre salt. Forårsaker det så et aktiv form, et sykkil sulfonamid, som spesifikt hemmer H⁺-K⁺-ATPase (tryptopanzell). Pantoprazol hemmer basal så vel som stimulert sydresekjon. Behandling med pantoprazol gir god pH i ventrikkelen og dermed økt gastrisk produksjon. Gastrinsekresjon er proporsjonal med sydresekjony og er reversibel med Pantoprazol. Virketid tilberedt til resptomtong og kan påvirke saltsyresekresjonen uavhengig av type stimulus (acetylholin, histamin, gastrin). Effekten er langvarig og reversibel ved å type enzymer dannes. Pantoprazol er stort sett inaktiv ved pH ≥ 3 , og full farmakologisk og terapeutisk effekt kan derfor kun oppnås i aktive syredannende parietale celler. Absorpsjon: Pantoprazol absorberer lineær farmakokinetikk i doseområdet 10-60 mg. Enterohepatisk: Raskt og fullstendig i tynntarmen. Bioforgelighet er ca. 77% og hverken AUC eller C_{max} påvirkes av samtidig fedtstoffer. En forsinkelse av absorpsjon kan dermed oppstå. Maks. plasmakonsentrasjon (1-1,5 μ g/ml og 2-3 μ g/ml) nås ca 2½ time etter administrering av en enkelt dose på hhvs. 20 mg og 40 mg. Nivået er det samme ved gjentatt dosering. Pantoprazol er utadelt i stort miljø og administreres derfor i form av enevestofstabile tabletter. Proteindbinding: Ca. 98%. Fordeling: Distribusjonsvolum: Ca. 0,15 liter/kg. Halveringstid: Ca. 1 time i plasma. Metabolisme: Fullstendig i lever via cytochrom P-450-systemet. Utskillelse: Clearance er ca. 0,1 liter/minutt. Ca. 80% av metabolittene utskilles i urin, resten i feces.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppslåingen må brukes innen 12 timer etter tilberedning. Kjemisk og fysisk stabilitet er dokumentert for 12 timer ved 25°C. Fra et mikrobiologisk synspunkt bør produktet brytes umiddelbart. Brikken er ansvarlig for lagringstid og lagringsforhold om preparatet ikke brytes umiddelbart etter tilberedning. Denne lagringen bør normalt ikke overstige 12 timer ved 25°C dersom tilberedningen ikke har funnet sted under kontrollerte og validerede aseptiske betingelser.

Andre opplysninger: Pulver til injeksjonsvæske oppløses i 10 ml natriumklorid injeksjonsvæske 9 mg/ml. Oppløsningen kan administreres direkte eller blandes med 100 ml natriumklorid injeksjonsvæske 9 mg/ml eller glukose infusjonsvæske 50 mg/ml. Somac skal ikke blandes med andre væsker enn de som er nevnt.

Pakninger og priser: Enterotabletter: 20 mg: Espace: 14 stk. kr 102,20, 56 stk. kr 327,10. 40 mg: Endose: 100 stk. kr 971,-, 56 stk. kr 558,90. Pulver til injeksjonsvæske: Hettegi: 5 stk. kr 404,10. T: 4130.

Refusjon: Behandlingen skal være utført av spesialist i indremedisin, kirurgi, øre-nese-talshyrskedanner eller pediatri, eller på tilsv. spesialavdeling eller spesialpoliklinikk i sykdom. Ved senere forskriving av annen lege skal vedkommende lege fore opp på resepten hvilken instilasjon/spesialist som primært har forskrevet legemidlet. Diagnosen/refusjonen/refusjonsnotatet forutsettes verifisert ved anamnese/ko.

Slut endret: 07.08.2006

References

- 1) Gillissen et al. 40 mg Pantoprazole and 40 mg Esomeprazole Are Equivalent in the Healing of Esophageal Lesions and Relief From Gastroesophageal Reflux Disease-related Symptoms. *J Clin Gastroenterol* 2004; 38 (4) 332-340
- 2) Richter J.E. et al. Prevention of erosive esophagitis relapse with pantoprazole. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20: 567-575

1 Lat. Provedentia av providere, se fremover. En person eller en hendelse som redder en mot en ulykke, eller skjebnen.



anmeldelser

«Legekunst i praksis» *Godt og nærende for hele allmennlegen*



Fire av landets tydeligste allmennleger har laget en bok hvor man som leser får lov til å være lærling hos mestrene. I passende doser får en nyttig kunnskap og erfaring fra den ene etter den andre. Noen ganger er en lærling hos to av mestrene på en gang. Det blir ekstra spennende. Av og til kan en kjenne seg mer som en pasient hos en erfaren lege, for rådene er av en art som innbyr til egen refleksjon og egne konklusjoner, til hjelp med egen helse.

Kirsti Malterud er sjefskokken på det vestlandske gourmetkjøkken for allmennmedisinske go'biter. Filosoferende John Nessa, distriktslegen Per Stensland og alle steds nærværende Janecke Thesen er med i kokkelauget. Det vi får innta er ikke banalt enkelt, ikke juks og lettvintheter, og heller ikke overdrevent vanskelig og problematiserende. Det er tvert imot en klar rød tråd gjennom hele boken at man kan mestre det meste, bare man får tenkt seg om. Mestrer man en utfordrende oppgave oppstår arbeidsglede! Godt å ha.

Boken byr på mange kloke tanker en kan ta til seg, som føde for allmennlegelivet. Nyttig helt konkret i jobben og viktig for fagforståelsen. Det er legekunst vi bedriver, og vi er både kunstnere og omtrent halvparten av kunstmaterialet vi skal lage noe av. Vi er selv vårt viktigste verktøy.

Kollegene skriver selv følgende oppsummering:

Den gode samtalen er både et mål og et virkemiddel for at legen og pasienten sammen kan forstå mer og skape flere handlingsalternativer om helse og sykdom, liv og død. Legen trenger å til egne seg strategier for livslang læring som styrker selvforståelsen og utvikler respekten for pasientene. Refleksjon og ettertanker er sentrale elementer for dette. Forfatterne gir leseren innsikt i strategier og håndgrep som de har utviklet gjennom egen erfaring og forskning. Dette er en praktisk og kunnskapsbasert fagbok som skal gi deg inspirasjon til å gjøre noe av det samme – på din egen måte.

Temaet legekunst rommer mye og favner bredt. Det evner også boka, i en stringent form som hindrer at det sklir ut i «bare prat». Hvert kapittel er på overkommelige åtte til ti små A5 sider. Forfatterne har klart å holde rammene og fått med kun det viktigste under hver overskrift, uten at fortellinger, flyt og sammenheng er blitt borte. Et konkret og godt eksempel på analogien «konsultasjonen», som også bør ha klare rammer. Malterud skriver følgende i kapittelet

Må legen alltid ha det så travelt?: «Tidsknapphet er altså allmennpraktikerens styrke, særpreg og utfordring, og god tidsbruk i allmennpraksis er en klinisk ferdighet som kan læres.» Hun mener det er gøy å bli god i fornuftig tidsbruk! Boken blir et bevis på at hun kan nettopp det.

Hvert kapittel avsluttes med noen konkrete *Utfordringer og Tips*, samt referanser under *Les mer*. Sammen med ett svart hvitt fotografi per kapittel, hjelper den gjennomførte layouten boka i å bli lett tilgjengelig for selv den mest travle leser. Bildene er norske, ujalet og skaper gjenkjennelse, hentet fra prosjektet «Bilder fra klinisk praksis» ved fotograf Rune Eraker og allmennlege Torgeir Gilje Lid.

Om formen gir praktiske, gode rammer, så evner sammenstillingen av kapitler å friste til videre lesing, nesten som en 22 retters lang meny. Etter en intro-kapittel *Legekunst i praksis – en praktisk innføring i det som ikke er så lett*, går vi rett videre til *Skrikende småbarn*. Da er vi virkelig på kontoret. Og midt i hoste, snørr og barnehyl finner Stensland det viktig å bygge opp med litt filosofi og betraktninger om moral. Etter konkrete kasuistikker og tips, blir kapittel nr 3 om Konsultasjonsmodeller akkurat det vi hadde fått skjerpet appetitten på. Deretter tilbake til *B-preparater*, *Når pasienten ikke er som oss*, *Subjektive symptomer uten objektive funn* og *Let etter det gjenkjennelige – alvorlige psykiske lidelser*. Dette er virkelig føden vi trenger. Og appetitten kommer mens vi spiser. Frister ikke *Pasienten du ikke liker*, eller *Å få ting unna?*

Blir man mett, kan boken godt ligge litt til. Dette er ingredienser som holder seg. De er av topp kvalitet. De fire forfatterne er både fastleger og forskere, med solide akademiske verktøy og store allmennlegenettverk, som rekker langt både innenlands og utenlands. NSAMs forfatterpris for boken fikk de også, for ett år siden.

Skal man finne svakheter, så vil jeg nevne at vestlandskjøkkenet ennå ikke har fått akuttmedisindimensjonen riktig opp på menykartet, heller ikke teamdeltager-funksjonen vi har i alle våre samarbeidssituasjoner. Det er allmennlegekunst med litt andre forutsetninger. Jeg tviler dog ikke på at det kommer med om noen år, vet at kokkene kan mye om dette også.

Helen Brandstorp

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

Sjølvsom eg vil karakterisere meg sjølv som godt over gjennomsnittet litteraturinteressert, har eg likevel til gode å lese ei diktsamling frå perm til perm, heller har eg ikkje fordjupa meg i enkelt dikt i større grad. Men innimellom har lyrikk fanga meg og enkelte dikt vender eg tilbake til, og då særleg på nynorsk. Det kan nok verke forslitt og klisjefyllt å hevde at det nynorske språket er spesielt lyrikkvenleg, men enkelte nynor-

ske lyrikar klarer å skape klangar med språket som fangar heilt spesielle stemningar, synst eg. Ein av mine favorittar er Olav Nygard, fødd i Modalen i Nordhordaland i 1884. Han var, mellom anna, inspirert av dei engelske romantikarane som Keats og Shelley, og som dei, balar han med store tema, midt i den romantiske diktartradisjonen; livet, døden, naturen. Eit av hans mest kjente dikt, er «No reiser kvelden seg»

No reiser kvelden seg

No reiser kvelden seg i vesterbrun,
han trør paa lette føter gjennom tun
og skuggeveven fjell imillom hengjer.
Det gjeng ei kviskring gjennom kjørr og lyng,
og talatrasten skifter ljod og syng
med avdagsskjelven under sine strengjer.

Men dagen tek sin gangar fast i taum,
tek ferdakaapa paa med gullrend saum
og burt fraa blaane etter blaane skundar.
Det gular gjennom svale dal og lid
der skuggen ventar natta, brura si,
og ør i sine elskhugsdraumar blundar.

Med linne andedrag stig natta inn,
med myrke lokkar kringum hals og kinn
og herdaduk av alvelette eimar.
Og kløkke lundar, æolsharpe-klang,
ris bljuget som gjenteborn or moderfang
og sviv paa lettan fot i svale heimar.

Det gjeng ein sælbiv imillom fjell
so fræa emnar seg og hamsar fell
og undrings-øre augo upp seg vender:
Or djupe himlar slær ein baaregong
av evig skapings-gir og sfæresong
som helsar frendeblidt mot døkke strender.

Olav Nygard



FOTO: KAREN FRODENSEN

Eg synst at han lekamleggjer kveldinga på ein nydeleg måte. Eg forstår ikkje alle orda, språket er til tider komplisert, men samanstillinga av ord og klangar, samt rytmen, viser fram noko som ein elles ikkje klarer å skildre med ord.

Eg takkar Gøril Sollie for utfordringa og sender stafett-pinnen vidare til Åge Slyngstadli, tidligere studiekollega frå Bergen, no fastlege i Nittedal.

Lisbeth Homlung

Anmeldt for Mord

Telefonen ringte en vanlig kontordag.

– Hallo det er lensmannen, jeg har fått et problem.

– Javel, hva dreier det seg om.

– Det har ringt en mann og anmeldt deg for å ha drept kona hans. Han har meldt det som mord.

Jeg ble litt kald på ryggen.

– Hvem dreier det seg om?

– Jo det er NN. Han fortalte at kona var blitt dårlig natt til i går, så han ringte legevakta. Da kom det ganske fort en dokter og ga henne to sprøyter, like etterpå døde hun. Det vil han anse for å være et opplagt mord, sa han. Hun hadde da ikke vært så dårlig, mente han.

– Jeg tenkte jeg skulle ringe deg og spørre hva du synes jeg skal gjøre.

Jeg tenkte litt, så svarte jeg overraskende klartenkt, jeg husket jo saken.

– Jeg vil tro det ikke er vanlig prosedyre at politiet ringer til den anklagede morderen og ber om råd i etterforskningen. Du har vel lært på politiskolen hva som skal gjøres.

– Ja, men jeg kan jo ikke ta det helt alvorlig. Jeg kjenner jo deg som en solid kar.

– Jeg vil at du skal etterforske det på vanlig måte med rettsmedisinsk obduksjon og forklaringer. Jeg vil ikke ha det dysset ned. Jeg vil ha ordentlig saksbehandling så det ikke skal kunne reises tvil om noe som helst i ettertid.

– Jeg er enig med deg i det. Vi får gjøre det på den måten.

– Takk for det. Hyggelig av deg å ringe.

Det som var skjedd var at jeg altså ble oppringt ved 1-tida en vinternatt. Meldingen var at det var en dame som var tungpusten. Mannen ga ikke videre alarmerende anamnese, så jeg dro dit for å se, før jeg tilkalte ambulanse. Hun var forøvrig passert midten av 70-årene.

Jeg kom nokså fort fram, gjennom en julekortskog inne på åsen, til en liten rød malt stue.

På sofaen lå det en dame som var cyanotisk og med skummende, fulminant lungeødem.

Jeg tilkalte ambulansen, ga henne oksygen og intravenøs furosemid og morfin på vanlig måte, og så døde hun.

Jeg prøvde litt halvhjertet å tenke resuscitering, men avlyste dette etter en liten konferanse med meg selv.

Mannen hadde virket noe desorientert da jeg kom. Han mente det ikke så så ille ut så han gikk og hentet ved. Da han noe senere kom inn igjen kikket han på henne og

*Historier fra
virkeligheten*

antydte at hun så ikke så særlig bra ut. Jeg måtte jo si at det var gått galt med henne. Han virket egentlig nokså uberørt av dette.

Jeg spurte ham om hun hadde vært dårlig før. Han fortalte at hun hadde vært slik flere ganger før, siste gangen i Arvika for et par uker siden, men hun kom på sykehus, og da var det gått bra så han hadde ikke ment det var så alvorlig.

Så kom ambulansen, og vi valgte å få dem til å ta henne med seg.

Jeg avsluttet med en liten støttesamtale med mannen, som jeg for øvrig ikke kjente fra før, og dro så hjem og ante fred og ingen fare.

Forløpet videre var at hun ble rettsmedisinsk obdusert.

Det ble påvist diverse tidligere og stort ferskt, hjerteinfarkt og akutt lungeødem.

Jeg skrev min forklaring som mordanmeldt. Det ble ikke tatt ut tiltale.

Jeg har tenkt en del på at jeg har en jobb hvor man risikerer alvorlige anklager på grunn av misforståelser og at det er bra politi og domstoler er så kloke her i landet at vi allikevel stort sett kan være trygge, men at ved uflaks og uheldige omstendigheter kan vi allikevel få det ufortjent ubehagelig, spesielt når vi er helt alene på åstedet.

Jeg er glad han ikke gikk til media.

Erling Egenæs



Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G03A C03

Intrauterint innlegg 20µg/24 timer Hvert intrauterine innlegg inneholder: Levonorgestrel 52 mg, jernoksid (E172), const. q.s.
Indikasjoner: Antikonsepsjon, idiopatiske menaragi, 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 før innsetting. Dersom preparatet brukes til beskyttelse av endometriet under substitusjonsbehandling med østrogen, kan innsettingen skje når som helst hvis kvinnen er blødningsfri, 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 livmorkulen. 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. mammaundersøkelse, 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. antibiotikaproylaksis 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 underlivsinfeksjoner, kan bety ekstruterin graviditet. Ved ev. graviditet skal livmorinnlegget fjernes umiddelbart (se Graviditet/Amming). Livmorinnlegget kan stotes 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: østeroider)

Graviditet/Amming: 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 sondering 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: Mastalg, brystspenninger, ødem. Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Akne.

Sentralnervesystemet: Hodepine, nedstemthet, tretthet. Urogenitale: Blødninger (frekvent eller forlenget blødning og spotting; avtar ofte etterhvert), amenoré, dysmenoré, oligomenoré, vaginal utflod, vaginit, reversible ovarialcyster. **Øvrige:** Vektforandringer, underlivssmerter, buksmerter, ryggmerter. **Mindre hyppige:** Endokrine: Hirsutisme, svette, håravfall, fett hår.

Sentralnervesystemet: Redusert libido. Sjeldne (<1/1000): Urogenitale: Infeksjoner i underlivet. Muskel-skjelettsystemet: Det er rapportert muskelsmerter når preparatet blir brukt i kombinasjon med østrogenbehandling.

Egenskaper: Klassifisering: Intrauterint innlegg som frigjør levonorgestrel med en jevn hastighet direkte til uterus. Består av et polyetylenkule med en sylinder rundt vertikallarmen som inneholder en blanding av polydimetylsiloxan og levonorgestrel. Sylindren er dekket med en polydimetylsiloxanmembran som regulerer frigjøringen av levonorgestrel. Livmorinnleggets skjelett er impregneret med bariumsulfat for å gjøre den synlig ved røntgen. God antikonsepsjonell sikkerhet. Total graviditetsfrekvens: 0,16 pr. 100 kvinner. Ektopiske graviditeter er anslått til 0,06 pr. 100 kvinner. Virkningsmekanisme: Frigjør gjennomsnittlig 14 µg pr. døgn over en periode på 5 år. Initialet frigjøres ca. 20 µg pr. døgn. Hovedsaklig lokale gestagene effekter i livmorkulen.

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 endometriet 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 spermieaktiviteten og -funksjonen og forhindrer befruktning. Ovasjonen hemmes hos en del kvinner. Ved hormonell substitusjonsrapidi 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 østrogenbehandling, oppnås etter de første ukene etter innsettingen. Metabolisme: I leveren. Utskillelse: Via urin og fæces. **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

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 Karin Frydenberg (red.) frydrein@online.no. Kast dere frampå, folkens!

En trist historie...

Jeg forsøker å bidra med en kasuistikk fra min praksis, som muligens kan vekke gjenkjennelse, i allefall litt ettertanke. Ingen «bragd» dette, kanskje heller ingen legefeil, men uansett er det en trist historie – for meg – men mest for pasienten. Kunne dette ha vært håndtert på en annen måte?

Jeg oppfatter min rolle som «portvakt» som viktig, ikke primært for å verne om helsevesenets/trygdens økonomi eller å hindre «overflow» i våre institusjoner, men mest for å hindre unødige sykeliggjøring av mine pasienter. Det er mange undersøkelser som viser at unødige henvisning til utredninger i andrelinje-helsetjenesten faktisk bidrar til sykeliggjøring av pasienten.

Sikring og «for sikkerhets skyld»-medisinen har for lengst fått et godt fotfeste både blant leger og pasienter her til lands. Krav til stadig mer sofistikerte utredninger øker på og det skal ryggrad til for ikke å følge denne trenden. Og som leger må vi kunne leve med den risikoen det er å ta feil, for det gjør vi før eller siden.

Jeg forsøker å sikre meg med god kjennskap til mine pasienter, vektlegging av anamnesticke opplysninger (med vekt på alarmsymptomer), supplert med nøye- eventuelt gjentatte kliniske undersøkelser. Jeg støtter meg selv sagt på utvalgte lab. prøver og tidvis relativt enkle radiologiske undersøkelser. Dette har stort sett gått bra i mange år. Dette er «korthistorien» om en gang det ikke gikk bra:

Frisk mann i slutten av 60-åra.
Vellykket koronaroperert for flere år siden.
Årlige kontroller (BT/ kolesterol/ klinisk us.)
Brukte kun ASA + Statin.

Søkte meg første gangen pga nokså diffuse mageplager: litt «urolig mage», noe tregere (?), litt mer luft – ingen symptomer på alvorligere mageproblematikk – og heller ingen alarmsymptomer. Normale kliniske funn, normal rektal us., neg. hemofec, helt normale orienterende lab. prøver.

Jeg antok at dette dreide seg om lett obstipasjon eller bivirkning av statin. Jeg gav ham råd og ba han slutte med statinet for en periode.

To, tre måneder etterpå kom han tilbake; plagene var uendret – ikke forverret, fortsatt diffuse, ikke vekttap eller andre «varselstegn».
Gjentatt undersøkelse: enda grundigere (inklusive rektoskopi) ga fortsatt samme konklusjon. Han hadde ikke forsøkt å seponere statinet og jeg ba han gjøre dette for noen uker. Hvis han ikke var bedre etter dette antydte jeg viderehenvisning.

Lærerike kasuistikker

Da han pr. telefon tre til fire uker etter dette ikke følte noen bedring (ei heller forverring), henviste jeg han til coloskopi ved vårt lokale sykehus.

Ca fem uker etter dette ringer hans kone meg idet hun er stekt bekymret for mannen. Hun mente han var klart dårligere og han sto stadig på venteliste med antydning inntil fire måneders ventetid for coloskopi. Jeg tok han raskt inn til undersøkelse og konstaterte patologisk oppfylling tilsvarende colon ascendens, samt klinisk mistanke om suspekt, ujevn oppfylling i lever. Lab. prøver viste nå lett forhøyede leverprøver og lett forhøyet SR. Han ble straks henvist UL lever + colonoskopi.

Dessverre bekreftet svaret min mistanke: Ca. coli m. levermetastaser. Det viste seg at han hadde utstrakte cancerforandringer så vel i colon ascendens som descendens.

Det ble foretatt palliativt kirurgisk inngrep og startet kjemoterapi.

Jeg var lei meg først og fremst for pasientens situasjon, og spurte meg selvsagt om jeg kunne/ burde ha reagert tidligere og om dette kunne ha endret utfallet. Jeg mottok en meget ordknapp epikrise fra kirurgisk avdeling (uten antydning til kritikk). Fra pasienten hørte jeg ingenting. Jeg så det som naturlig at han ville spørre seg om dette kunne ha vært oppdaget tidligere. Etter noe nøling tok jeg telefonisk kontakt med pasienten og forsto da at spesielt kona var bitter på meg for ikke å ha henvist mannen tidligere til ultralyd. På spørsmål fra meg, kom det frem at én – muligens flere – sykehusleger, hadde mer enn antydning at «disse primærlegene henviser alt for sent til videreutredninger». Dette utsagnet medvirket nok til å ødelegge tillitsforholdet – Men uansett utsagn fra sykehusleger, pasient og pårørende hadde virket tvilende til mine beslutninger allerede fra første kontakt.

Med kjennskap til sykehistoren, forløp og sluttresultat, ville vel de fleste mene at det tross alt ikke var vesentlig «doctors delay» og at tidligere intervensjon etter all sannsynlighet ikke hadde hatt stor betydning for sluttresultatet.

Denne historien er neppe unik. Mange kolleger vil oppleve noe lignende. Vi må leve med faren for sene diagnoser og kritisk vurdering fra pasienter og kolleger uten å bli nevrotiske «sikringsmedisinere». Et ønske til kolleger før man retter lettvis kritikk: Ta heller en telefon for å avklare, vær varsom, kollegial respekt er vanligvis til beste for pasienten.

Tore Mellbye

TABLETTER 10 mg, 20 mg, 40 mg og 80 mg: Hver tablet inneholder 10 mg, 20 mg, 40 mg og 80 mg, henholdsvis, atorvastatin. (Lipitor® 171).

Indikasjoner: Høyt kolesterolnivå og høyt blodtrykk som følge av høyt kolesterolnivå.

Dosering: Pasienter skal settes på standarddoseringen av atorvastatin, som er 20 mg daglig. Dosering bør justeres etter behov på grunnlag av blodkolesterolnivået.

Tilsvarende doser: 20 mg, 40 mg, 80 mg og 160 mg. Pasienter som har høyt blodkolesterolnivå bør settes på 40 mg eller 80 mg. Hvis dose er 80 mg eller 160 mg, bør pasienten settes på 40 mg eller 80 mg. Hvis dose er 40 mg eller 80 mg, bør pasienten settes på 20 mg eller 40 mg.

Kontraindikasjoner: Aktiv lever sykdom eller alvorlig lever sykdom. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Forsiktighetsregler: Lever sykdom. Lever sykdom som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Effekt: Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå. Høyt kolesterolnivå som følge av høyt kolesterolnivå.

Sist endret: 13.01.2006

Referanser:

1. Cannon CP et al. N Engl J Med 2004;350:1495-504.
2. LaRosa JC et al. N Engl J Med 2005;352:1425-35.
3. Pedersen TR et al. JAMA 2005;294:2837-45.
4. Newman et al. Am J Cardiol 2006;97:61-67.



Partner for bedre helse

Pfizer AS - Postboks 3, 1324 Lysaker - Besøksadresse: Lilleskerveien 28
Telefon: 67 52 61 00 - Faks: 67 52 61 92 - www.pfizer.no

Antikonseptjonsmiddel. ATC-nr.: G03A C03

Intrauterint innlegg 20µg/24 timer Hvert intrauterine innlegg inneholder: Levonorgestrel 52 mg, jernoksid (E172), const. q.s.

Indikasjoner: Antikonsepsjon. Idiopatisk menaragi. 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 før 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 bortfallsblodningen. 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. mammaundersøkelse, 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 hjerteklauffdefekter må ev. antibiotikaproylase gis ved innsetting for å hindre endokarditt. Livmorinnlegget må fjernes hvis kvinnen får tilbakevendende endometritt 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 underlivsinfeksjoner, kan bety ekstrauterin graviditet. Ved ev. graviditet skal livmorinnlegget fjernes umiddelbart (se Graviditet/Amming). 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 antikonseptjonelle effekten.

Interaksjoner: (I: e steroider)

Graviditet/Amming: 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 antikonseptjonsmidler som blir sittende in situ øker risikoen for spontanabort eller prematur fødsel. Uttaking av innlegget eller sondering 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: Mastalgia, brystspenninger, ødem. Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Akne.

Sentralnervsystemet: Hodepine, nedstemthet, tretthet. Urogenitale: Blødninger (frekvent eller forlenget blødning og spotting; avtar ofte etterhvert), amenoré, dysmenoré, oligomenoré, vaginal utflod, vaginitt, reversible ovarialcyster. Øvrige: Vektforandringer, underlivssmerter, buksmerter, ryggsmarter. Mindre hyppige: Endokrine: Hirsutisme, svette, håravfall, fett hår.

Sentralnervsystemet: Redusert libido. Sjeldne (<1/1000): Urogenitale: Infeksjoner i underlivet. Muskel-skjelettsystemet: Det er rapportert muskelsmerter når preparatet blir brukt i kombinasjon med østrogenbehandling.

Egenskaper: Klassifisering: Intrauterint innlegg som frigjør levonorgestrel med en jevn hastighet direkte til uterus. Består av et polyetylskjelett med en sylinder rundt vertikalarmen som inneholder en blanding av polydimetylsiloxan og levonorgestrel. Sylindren er dekket med en polydimetylsiloxanmembran som regulerer frigjøringen av levonorgestrel. Livmorinnleggets skjelett er impregneret med bariumsulfat for å gjøre den synlig ved røntgen. God antikonseptjonell sikkerhet. Total graviditetsfrekvens: 0,16 pr. 100 kvinner.

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

Virkningsmekanisme: Frigjør gjennomsnittlig 14 µg pr. døgn over en periode på 5 år. Initialt frigjøres ca. 20 µg pr. døgn. 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 endometriet 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-

lasjonen hemmes hos en del kvinner. Ved hormonell substitusjons-

rapi 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 østrogenbehandling, oppnås etter de første ukene etter innsettingen.

Metabolisme: I leveren. Utskillelse: Via urin og fæces. **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

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 Karin Frydenberg (red.) frydrein@online.no. Kast dere frampå, folkens!

En trist historie...

Jeg forsøker å bidra med en kasuistikk fra min praksis, som muligens kan vekke gjenkjennelse, i allefall litt ettertanke. Ingen «bragd» dette, kanskje heller ingen legefeil, men uansett er det en trist historie – for meg – men mest for pasienten. Kunne dette ha vært håndtert på en annen måte?

Jeg oppfatter min rolle som «portvakt» som viktig, ikke primært for å verne om helsevesenets/trygdens økonomi eller å hindre «overflow» i våre institusjoner, men mest for å hindre unødig sykeliggjøring av mine pasienter. Det er mange undersøkelser som viser at unødig henvisning til utredninger i andrelinje-helsetjenesten faktisk bidrar til sykeliggjøring av pasienten.

Sikring og «for sikkerhets skyld»-medisinen har for lengst fått et godt fotfeste både blant leger og pasienter her til lands. Krav til stadig mer sofistikerte utredninger øker på og det skal ryggrad til for ikke å følge denne trenden. Og som leger må vi kunne leve med den risikoen det er å ta feil, for det gjør vi før eller siden.

Jeg forsøker å sikre meg med god kjennskap til mine pasienter, vektlegging av anamnesticke opplysninger (med vekt på alarmsymptomer), supplert med nøye- eventuelt gjentatte kliniske undersøkelser. Jeg støtter meg selvsagt på utvalgte lab. prøver og tidvis relativt enkle radiologiske undersøkelser. Dette har stort sett gått bra i mange år. Dette er «korthistorien» om en gang det ikke gikk bra:

Frisk mann i slutten av 60-åra.

Vellykket koronaroperert for flere år siden.

Årlige kontroller (BT/ kolesterol/ klinisk us.)

Brukte kun ASA + Statin.

Søkte meg første gangen pga nokså diffuse mageplager: litt «urolig mage», noe tregere (?), litt mer luft – ingen symptomer på alvorligere mageproblematikk – og heller ingen alarmsymptomer. Normale kliniske funn, normal rektal us., neg. hemofec, helt normale orienterende lab. prøver.

Jeg antok at dette dreide seg om lett obstopasjon eller bivirkning av statin. Jeg gav ham råd og ba han slutte med statinet for en periode.

To, tre måneder etterpå kom han tilbake; plagene var uendret – ikke forverret, fortsatt diffuse, ikke vekttap eller andre «varselstegn».

Gjentatt undersøkelse: enda grundigere (inklusive rektoskopi) ga fortsatt samme konklusjon. Han hadde ikke forsøkt å seponere statinet og jeg ba han gjøre dette for noen uker. Hvis han ikke var bedre etter dette antydte jeg viderhenvisning.

BENNY ADELVED

FORBIFARTEN

STILLING PRIVATPRAKTISERENDE ALLMENNLEGE
ARBEIDSSTED STORBYEN LEGESENTER



Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

Jeg flyttet fra Iran til Sverige for 23 år siden. Tok medisinsk utdannelse i Stockholm, havnet etter hvert i en kommune, i utkantnorge og jobbet meg sørover. Har de siste ni år bodd i Sarpsborg og snakker svorska. Er spesialist i Allmenn- og Samfunnsmedisin. Lykkelig gift, med to fantastiske barn.

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

Fornavn. Jeg hadde store problemer med å bli kalt med etternavn, siden det er uvanlig i Sverige å bli kalt med etternavn. En kollega, som jeg arbeider med, sa en gang at han syntes at der var rart at mine pasienter kalte meg med fornavn. Jeg måtte bare si at noen personer må bare kalles ved fornavn, for eksempel Harald, Sonja, Mette Marit og Benny.

Hva gir deg mest glede?

Det som gir meg en følelse av samhørighet. Familien, venner og litteratur.

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

Bøker, bøker og enda flere bøker.

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

De ganger jeg møter pasienter i livskrise der jeg med enkel intervensjon/tankestrukturering klarer å få til en del holdninger som gjøre livet lettere å leve for den pasienten.

Når gjør du uviktig arbeid?

Aldri, fordi det ikke finnes noe som heter uviktig arbeid. Alt man gjør har en mening, selv når man ikke gjør

noe eller gjør noe som har mindre betydningsfull mening.

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

Jeg skulle ikke satset på forskning som gir ny viten, heller ville jeg brukt ressursene slik at flest mulig praktiserte den kunnskap som allerede er funnet opp, men er gått i glemeboka grunnet samfunnets alt for ensidige fokusering av verdigrunnlag. Min satsning skulle ikke gi noen nye medisiner. Nye medisiner hjelper oss til å velge å dø av en annen uheldig sykdom. Jeg skulle gjerne satse på å gjøre livet lettere for mennesker så lenge de lever.

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

Har et problem som jeg forstår meg på.

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

På samme måte som en maler får maling på klærne når han maler, er det naturlig at det «strømmer» følelser fra pasienter når man jobber nært mennesker. Sinne er en av mange følelser som er aktuelle i en pasient – lege forhold. Det vanskeligste med slike følelser er å bli klar over dem før man agerer i affekt. Når man blir klar over at man har fått en bestemt følelse for/mot en pasient, er det meget enkelt. Jeg velger da å kripe enda sterkere i profesjonens rolle og

oppføre meg profesjonelt. De ganger jeg er skikkelig sint og er klar over det, er det bare å fortelle pasienten på en profesjonell måte at man faktisk er sint.

Hvis du ikke var lege, hva gjorde du da?

Da var jeg nok lærer. Men jeg ønsker at jeg kunne være forfatter. Det kommer av at jeg beundrer forfattere og ikke fordi jeg har slike evner.

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

Helseministeren, så klart! Jeg som gjerne forteller om mine visjoner og tanker for den som gidder å høre, ville selvfølgelig ikke har noen annen i heisen enn helseministeren. Jeg skulle bl.a. fortelle henne at trygdeetaten skulle kunne gjøre enorme besparinger om de behandlet legene som samarbeidspartnere.

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?

Selv har jeg en resignert holdning i forhold til makt. Det kommer av at en og samme person tiltemper en slags moral som makthaver(statsmoral) og annen slags moral som privat person(allmenn moral). Det er første regelen i Machiavellisme. Hvis jeg skulle følge mine egne moralske vurderinger som privat person, skulle jeg fort bli en «politisk selv bomber». Men det er mest trolig at jeg skulle følge statsmoralen og da er det igjen mest trolig at jeg, som helseminister, ikke skulle gjøre annerledes sammenlignet med en hvilken helseminister som helst, nemlig å følge den partipolitiske rettesnoren, passe meg for opposisjonen og media samt håpe på mer stemmer til neste valg, på tross av alle mine private visjoner.

Hva bør primærhelsetjenesten prioritere de neste tre årene?

Å få ned sykefravær og andre utgifter. Vi i primær helsetjenesten bør gjøre vårt for å bevare en av verdens beste helsetilbud.

Hvilket sykehus er Norges beste?

Spørsmålet høres ikke riktig ut for mine ører. For det første kjenner jeg ikke alle sykehusene. For det andre savner jeg måleverkøy for den slags gradering.

Spørsmål fra Ole Andreas Hovda: Det er kommet meg for øret at du bedriver litteraturterapi. Kan du ikke fortelle noe om hvordan det foregår og hva som er tanken bak det hele?

Jeg skulle ikke bruke det ordet, fordi det gir en klang av å være en behandlingsform. Men jeg skal forsøke å forklare så godt jeg kan.

Som lege «selger» vi kunnskap. Kunder som kjøper slike abstrakte varer behøver ofte forklaring. Derfor bruker vi ulike visuelle bilder og modeller for eksempel hjertemodell, anatomibilder osv. Disse visuelle bilder har kun en oppgave og det er å sikre oss at legen og pasienten snakker om samme sak. Saken blir straks vanskelig når man skal forklare abstrakte ting for eksempel ulike følelser. Hvor finner man en modell, et bilde som forklarer angst? (Selv om Munch maleriene er kommet til rette, har vi lite hjelp av dem i terapi situasjonen). Siden visuelle bilder er ubrukelige i denne situasjon, bør man bruke felles indrebilder.

Jeg må gi ett eksempel på et indrebilde. Et fotografi av mitt barn er en flat, to-dimensjonelt avbildning som gir inntrykk av å være tredimensjonal. Men mitt indrebilde av mitt barn har flere dimensjoner enn tre.

Hvis jeg og pasienten har lest samme bok så får vi en del indrebilder som er ganske like. Idéen med felles indrebilder fikk jeg fra Finn Skårderud «Hvem kan beskrive narcissistiske svingninger bedre enn Hamsun, eller hvem overtreffer Kafka i å beskrive skam».

Uten disse bilder snakker ofte legen og pasienten forbi hverandre. Men med felles indrebilder som verktøy, får samtalen en helt annen fart og det blir mulig å drive slike intervensjoner i allmennpraktikerens travle hverdag.

I vårt samfunn med så mange besnærende visuelle inntrykk fra ulike medier råder det en utbredt «bildespråk analfabetisme». De audiovisuelle media bombarderer oss med en så stor mengde inntrykk at vi ikke får noen tid til å reflektere over det vi ser.

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

Jeg synes at du skal snakke med en meget allsidig kollega som heter Kenneth Gutterup. Spørsmål: Jeg har hørt at du, ved siden av å være lege, driver med mye annet, bl.a. å holde sommerleir for barn. Kan du fortelle oss mer om det?

KURS:

Arbeidsrelaterte obstruktive lungesykdommer

Longyearbyen 19.–23. april 2007

Kurset arrangeres av Norsk arbeidsmedisinsk forening i samarbeid med Norsk lungemedisinsk forening.

Kurset er godkjent med 18 timer som obligatorisk kurs i arbeidsmedisin og som klinisk emnekurs i allmennmedisin. Kurset er også søkt godkjent i lungemedisin.

Fond 2 dekker reise og maks kr 1602,- per døgn for kost og losji.

Fond 3 dekker maks kr. 700,- per døgn for kost og losji, ikke reise.

Kurskomite: Bedriftslege Knut E. Andersen, Jotun, Sandefjord og overlegene Malcolm Sue-Chu, lungeavdelingen og Bjørn Hilt og Håkon Lasse Leira, arbeidsmedisinsk avdeling, alle fra St Olavs Hospital i Trondheim.

KURSAVGIFT: Deltaker kr 4500, ledsager kr 2500. Ledsagere vil kunne bli med om det er ledige flyseter. Egen ledsagerprogram.

For nærmere opplysninger, kontakt HL Leira: hakon.lasse.leira@stolav.no

PÅMELDING: eli.berg.hansen@legeforeningen.no innen 1. desember.

Begrenset deltakerantall, så tidlig påmelding anbefales!

Detaljert påmeldingsskjema sendes etterhvert som påmelding innkommer.

PROGRAM

Fredag 20. april. Arbeidsrelatert KOLS

- 0900–1430 Professor Kjell Torén, Arbets- og miljømedisinska kliniken, Göteborgs Universitet:
Hvilke faktorer/agens i arbeidslivet kan gi/ bidra til/forverre KOLS, i tillegg til definisjon, diagnose, forekomst, forløp, tiltak.
- 1445–1515 Arbeidsrelatert KOLS i Norge v/Malcolm Sue-Chu
- 1530–1630 Norske trygde- og erstatningsrettigheter ved yrkessykdom. v/Håkon Lasse Leira

Lørdag 21. april. Arbeidsrelatert astma

- 0900–1430 Professor Henrik Nordman, Arbeidsmiljøinstituttet, Helsinki:
Først kort om astma generelt (diagnose, inndeling, forekomst forløp, tiltak), herunder IgE mediert vs non-IgE mediert astma, inducers vs inciters, asthma-like syndrome, RADS, og eosinofil/neutrofil inflammasjon.
Deretter arbeidsrelatert astma: Definisjoner (klinisk, epidemiologisk), inndeling, forekomst, forløp, tiltak.
- 1445–1530 Astma i aluminiumsindustrien. v/Ebba Wergeland, Oslo
- 1545–1615 Arbeidsrelatert astma i Norge. v/Håkon Lasse Leira
- 1630–1700 Lungesykdom blant gruvearbeidere på Svalbard. v/Jens Holmboe, Harstad

Mandag 23. april:

- 0900–1200 Gruve 7 – besøk i en aktiv gruve. Gruve 7 er den aktive gruva i Longyearbyen, i dagenlegget blir det gitt en presentasjon av Longyearbyen og kulldriftens historie, og om dagens moderne kulldrift i Gruve 7. Før vi beveger oss inn i gruva, skifter vi til «Gruvelomp» (kjeledress, hjelm, hansker, selvredder og hodelykt). Med bil går turen deretter fem kilometer inn i fjellet.

12.30 Lunsj

13.30 Avreise

C Detrusitol SR Pfizer

Muskarinreseptorantagonist.

ATC-nr. G04B D07

DEPOTKAPSLER, harde 2 mg og 4 mg: Hver depotkapsel innh. Tolterodintartrat 2 mg, resp. 4 mg tilsv. tolterodin 1,37 mg, resp. 2,74 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 2 mg: Gult jernoksid (E 172), indigotin (E 132), titandioksid (E 171). 4 mg: Indigotin (E 132), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og «urgency» som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære.

Dosering: Voksne: Anbefalt dose er 4 mg 1 gang daglig. Hos pasienter med nedsatt leverfunksjon eller betydelig nedsatt nyrefunksjon (GRF <30 ml/minutt) er anbefalt dose 2 mg 1 gang daglig. Ved plagsomme bivirkninger kan dosen reduseres fra 4 mg til 2 mg 1 gang daglig. Depotkapslene skal svelges hele og kan inntas uavhengig av måltid. Effekten av behandlingen bør vurderes etter 2–3 måneder. Sikkerhet og effekt ved behandling av barn er ikke tilstrekkelig dokumentert.

Kontraindikasjoner: Urinretensjon. Alvorlig ulcerøs kolitt. Toksik megacolon. Ublandet trangvinkelglaukom. Myasthenia gravis. Kjent overfølsomhet for tolterodin eller noen av de andre innholdstoffene.

Forsiktighetsregler: Skal brukes med forsiktighet hos pasienter med betydelig hindret blæretømming med risiko for urinretensjon. Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mage-tarmkanalen (f.eks. pylorastenoze), hjertusheime, autonom neuropati, nedsatt nyrefunksjon. Leversykdom, dosen bør da ikke overstige 2 mg 1 gang daglig. Organiske årsaker til vannlatingstrang og hyppig vannlating skal utredes før behandling. Forsiktighet skal utvises hos pasienter med kjent risikofaktor for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som forlenger QT-intervallet) og ved relevant preeksisterende hjertesykdom (f.eks. myokardisemi, arytmi, hjertesvikt). Det kan hos enkelte pasienter oppstå akkommodasjonsforstyrrelser, og reaksjonsevnen kan påvirkes. Skjerpet oppmerksomhet kreves, f.eks. ved kjøring og betjening av maskiner. Bør ikke brukes av pasienter med sjeldne arvelige sykdommer som fruktoseintoleranse, glukose-galaktosemalabsorpsjon eller sukrase-isomaltasemangel.

Interaksjoner: Samtidig behandling med antikoagulerende legemidler kan resultere i mer uttalt terapeutisk effekt og bivirkninger. Omvendt kan den terapeutiske effekten reduseres ved samtidig administrering av muskarinreseptoragonister. Effekten av motilitetsstimulerende middel som metoklopramid og cisaprid kan reduseres av tolterodin. Samtidig systemisk behandling med potente CYP 3A4-enzymere som makrolidantibiotika (erytromycin, klaritromycin), antinykrotika (ketokonazol, itraconazol) og proteasehemmere, anbefales ikke pga. økt serumkonsentrasjon av tolterodin hos personer med langsom CYP 2D6-metabolisme, med påfølgende risiko for overdosering.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Gravid bør ikke behandles med tolterodin. Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk under amning bør unngås.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Munn tørrhet, dyspepsi, obstipasjon, mavesmerter, flatulens, brisninger/oppkast. Hud: Tørr hud. Psykiske: Nervøsitet. Sentralnervesystemet: Svimelhet, søvnighet, parestesier. Syn: Tørre øyne. Unormalt syn inkl. akkommodasjonsforstyrrelser. Øvrige: Hodpine, tretthet, brystsmerte. Mindre hyppige: Psykiske: Forvirring. Urogenitale: Urinretensjon. Øvrige: Perifer ødem, allergiske reaksjoner. Sjeldne (<1/1000): Psykiske: Hallusinasjoner. Sirkulatoriske: Takykardi. Øvrige: Svært sjelden, anafylaktiske reaksjoner inkl. angioødem, hjertesvikt.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Akkommodasjonsforstyrrelser og vannlating-problemer er sett ved tabletdoser på 12,8 mg tolterodintartrat. Behandling: Ev. ventrikkel-akkylling og medisinsk kull. Symptomatisk behandling.

Egenskaper: Klassifisering: Kompetitiv, spesifikk muskarinreseptorantagonist, med høyere selektivitet for urinblæren enn spyttkjertlene. Virkningsmekanisme: En av metabollittene, 5-hydroksymetylderivatet, har tilsv. farmakologiske effekt som modersubstansen. Ved normal metabolisme bidrar denne metabollitten i høy grad til den terapeutiske effekten. Effekt av behandlingen kan forventes innen 4 uker, men endelig evaluering bør vurderes etter 2–3 måneder. Absorpsjon: Maks. serumkonsentrasjon nås etter 4 timer. Uavhengig av samtidig matinntak. Proteinbinding: Tolterodin: 96%. 5-hydroksymetylderivatet: 64%. Fordeling: Distribusjonsvolum: 113 liter. Halveringstid: Ca. 6 timer hos personer med normal metabolisme og ca. 10 timer hos personer med langsom metabolisme (mangler CYP 2D6). «Steady state» nås innen 4 dager. Ca. 2 ganger høyere eksponering av ublandet tolterodin og 5-hydroksymetylderivatet er målt hos pasienter med levercirrhose. Metabolisme: I lever, hovedsakelig via CYP 2D6 til den farmakologiske aktive 5-hydroksymetylderivatet. Hos personer som mangler CYP 2D6 dealkyleres tolterodin av CYP 3A4 til en ikke-aktiv metabollitt og konsentrasjonen av tolterodin øker ca. 7 ganger pga. redusert clearance. Mengde aktivt stoff forblir uendret, og dosejustering er unødvendig. Utskillelse: Ca. 77% i urin og 17% i feces. Mindre enn 1% av dosen utskilles uendret og ca. 4% som 5-hydroksymetylderivatet.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved høyst 30°C, i ytteremballasje.

Pakninger og priser: 2 mg: Eque: 28 stk. kr 438,50. 4 mg: Eque: 28 stk. kr 438,50. 84 stk kr 1246,60.

T: 40a).

Refusjon: Legemidlene under bokstav a) refunderes kun for motorisk hyperaktiv blære med lekkasje.

Sist endret: 25.04.2006



Pfizer AS - Postboks 3, 1324 Lysaker - Besøksadresse: Lillakervien 28

Telefon: 67 52 61 00 - Faks: 67 52 61 92 - www.pfizer.no

"...jeg tar det neste gang!"

Når menn kommer til legen sin med vannlatingsbesvær, tenker man ofte prostata.

Nå viser studier at rundt halvparten av alle menn med blæreutløpsobstruksjon har overaktiv blære og at opp til 33% av mennene med blæreutløpsobstruksjon fortsatt har plager med overaktiv blære etter kirurgiske inngrep mot obstruksjon.

Det er derfor viktig at man tenker på flere årsaker enn prostata når man ønsker effektiv behandling av vannlatingsproblematikk hos menn.¹



Enkel dosering
- 4 mg x 1.

 **Detrusitol[®] SR**
tolterodine tartrate

1. Omarbeidet etter Chapple, Roehrborn, European Urology 49, 2006; 651-659



	% resistente <i>E. coli</i> *, isolat fra urin	smal- spek- tret	øvre 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*	÷	+	÷	+	÷	÷

PULVER OG VÆSKER TIL INJEKSJONSVÆSKER: Oppløsning 400 mg Hvert sett inneh. I) Hettglass: Mecilamin 400 mg, II) Hettglass: Sterik vann 6 ml JØICA11. **TABLETTER,** filmraserte 200 mg Hver tablette inneh. Pivmecillinamklorid 200 mg Hjelpstoffer: JØICA-08. **Indikasjoner:** Urinveisinfeksjoner forårsaket av mecilaminfølsomme mikroorganismer. **Dosering: Peroralt:** Tablettenes tann med rikelig drikke. Vokne: Normaldose: 1–2 tabletter (200–400 mg) 3 ganger daglig sammen med mat. Ved alvorlige infeksjoner: 2–3 tabletter (200–400 mg) 3 ganger daglig. For ikke-gravide kvinner vil ikke 3 dagers behandling, såkalt kortidsbehandling, være tilstrekkelig. Gravide kvinner bør, uansett om de er behandlet eller ikke, ta 2–3 tabletter (200–400 mg) 3 ganger daglig. Barn: Normaldose: 20 mg/kg/dag fordelt på 3 doser Over 20 kg : 1 tablette (200 mg) 3 ganger daglig. Ved alvorlige infeksjoner kan dobbel dose tas. **Parentertalt:** Vokne: 400 mg 3–4 ganger daglig. Ved alvorlige infeksjoner kan dobbel dose gis over enlvel 60 mg/kg/dag. Barn: 20–40 mg/kg/dag fordelt på 3–4 doser. **Til intramuskulær injeksjon:** Pulveret (400 mg) oppløses i 2 ml steril vann umiddelbart før bruk. **Til intravenøs injeksjon:** Pulveret (400 mg) oppløses i 4 ml sterilt vann umiddelbart før bruk. Oppløsningen er stabil sv. **Til infusjon:** Den oppløste injeksjonsvæsken tilsettes 50–100 ml fysiologisk saltvann, Infunderes i.v. (salow-drops) i løpet av 15–30 minutter ligen dosereduksjon ved kombinasjonsbehandling. **Kontraindikasjoner:** Huskelallergi og type I reaksjoner overfor cefalosporiner, Osgood-sykstrukturer (tabletterne). Pivmecillinam (tabletter) er kontraindisert hos pasienter med genetiske metabolske anomalier av typen organiske acidoener som metylmalonyl-, propionysacidemi o.l. **Forsiktighetsregler:** Det foreligger en vis risiko for karnistammeg. Preparatet brukes med forsiktighet og doseres etter kroppsvækt hos barn og underernærede, f.eks. pasienter med lav muskelmasse. Gjennete, korte behandlingskurs (7–10 dager) bør ikke gis med mindre enn en til to måneders intervall. Langvarig behandling (to måneder eller lengre) hos ellers friske vil gi en reduksjon av karnistammeg til ca. 40 % av det normale. Dette er nær rivende hvor mangelsymptomer og bivirkninger kan opppre, og bør derfor unngås. Bør ikke kombineres med valproatbehandling. **Interaksjoner:** Spesiell tilfyllt av probiotisk bakterieflora under den renale utskiftelsen av mecilamin. Penicilliner kan i meget sjeldne tilfeller redusere absorpsjonen og derivt effekten av p-piller. I JØICA betaktarmonobactamerle midler, penicilliner. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Det ikke rapportert om skadelige effekter på foster eller nyfødte barn etter behandling. Det bør allikevel utvises forsiktighet med å behandle gravide i et lengre tidrom (mere enn 3 uker). Det foreligger en risiko for å påvirke fostrets karnistammeg ved at morens karnistammeg kan følge av behandling med pivmecillinam (tabletter). **Overgang i morsmelk:** Preparatet går i litten grad over i morsmelk. Det er lite sannsynlig at barn som ammes kan få skadelige effekter, selv om risiko for påvirkning av tarm- og munnt floraen hos barnet ikke kan utelukkes. Små mengder av virkestoffet i morsmelken kan gi økt risiko for sensiblisering. **Bivirkninger: Injeksjonsvæske:** Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: opsløtt og opsløttussvaksaker. Hud: Allergiske reaksjoner. **Tabletter:** Hyppige (≥1/100): Gastrointestinale: Kvalme, brekninger, diaré. Mindre hyppige: Hud: Eksantem. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: opsløtt og opsløttussvaksaker. Hud: Allergiske hudreaksjoner. **Gensaker:** Muskeltrethet på ga karnistammeg. **Egensaker:** Klassifisering: Mecilamin er et utmerknet amidopenicillin med spesielt høy aktivitet mot Gram-negative bakterier tilhørende Enterobacteriaceae, som E.coli, Klebsiella, Proteus, Enterobacter, Salmonella, Shigella og Yersinia. Esteren pivmecillinam virker som sprit-drug, er syrestabil og absorberes godt gastrointestinalt. Den hydrolyseres raskt til aktiv mecilamin. Relativt stabil overfor penicillinas fra Gram-negative staver. Ikke kryssresistent med andre antibiotika, unntatt med annen ampicillin. **Mekanisme:** Bacteried. Hemmer celleveggsyntese, angrepunktet er forskjellig fra andre penicilliner. Synergetisk effekt oppnår derav ved kombinasjon med andre penicilliner eller cefalosporiner. **Absorpsjon:** Pivmecillinam absorberes godt peroralt, uavhengig av samtidig fødeinntak. 200 mg pivmecillinam peroralt gir maksimal serumkonsentrasjon på ca. 3,5 µg/ml etter ca. 1 time. 400 mg mecilamin som i.m. injeksjon gir maksimal serumkonsentrasjon på ca. 15 µg/ml. **Proteinbinding:** 5–10 %. **Fordeling:** Spesielt høye konsentrasjoner i urin og gall. **Halveringstid:** Ca. 70 minutter. **Metabolisme:** 8–23 % av gift 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:** Mecilamin 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 pr. 807.60; Tabletter: 100 stk pr. 488.50; Ensat: 20 stk pr. 120.30; 30 stk pr. 167.00.



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