

anmeldelser

Överlevnadshandboken

AV EVA DE FINE LICHT, *Floca VC*

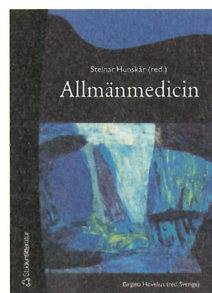
1975 bildade några vänner och jag en studiecirkel för att studera Seymours stora bok om «Självhushållning», i sann gröna vågen anda. Det var en bok som täckte in livets alla behov, från hur man föder barn utan assistans, till hur man kokar tvål och gräver en latrin. Det är lite med samma känsla jag nu läser Hundskårs Allmänläkarbibel. Med denna bok under armen är man redo att var som helst, när som helst, starta sin allmänläkarmottagning och sannolikt klara det med glans. Innehållet spänner över allt från utrustningen på din mottagning till aspekter på hur vi kan påverka primärvårdens framtida utveckling ideologiskt och praktiskt. 2,7 kg koncentrerad visdom ligger som ett nyfött spädbarn i din famn att utforska och dela livet med. Jag har med glädje brottats med detta storverk de senaste tre månaderna. En högersidig karpaltunneloperation höll på att omintetgöra min strävan, för det här är ingalunda lätt litteratur – rent fysiskt sett.

Dr. med. Steinar Hunsbæk, allmänläkare och professor i allmänmedicin vid universitet i Bergen har varit huvudredaktör för den norska boken som sedan bearbetats för svenska förhållanden under ledning av Birgitta Hovellius, som är distriktsläkare och professor vid allmänmedicinska fakulteten vid universitetet i Lund. Till Birgittas hjälp har funnits ett imponerande kollegium svenska allmänläkare från hela landet, som tillsammans utgör en garanti för kvalitet och förankring i den allmänmedicinska vardagen. Här medverkar många av dem som sista decenniet skapat vår identitet som allmänläkare.

Boken är indelad i en rad sinsemellan olika delar; «Allmänmedicin – teori och praktik», «Viktiga organövergripande symptom», «Sjukdomar i kroppens organ», «Allmänmedicinen i ett livsperspektiv» samt «Att vara familjeläkare/allmänläkare».

Allmänmedicinen som företeelse är ett svårfångat begrepp. Genom att tolka vår allmänläkarroll ur många olika synvinklar vävs en väv som till slut definierar vår specialitet. Att se patienten och hans bekymmer utifrån ålder, livssituation, symptom, besökstyp, kultur och socialt sammanhang, men alltid först och främst som individ i ett respektfullt möte, omfattar vi till slut den helhet som vi eftersträvar. «Allmänmedicin finns där liv och lidande möter medicinsk teori och praktik».

I kapitel efter kapitel lotsas vi genom de olika aspekterna av konsultationen. Som allmänläkare med 18 år i yrket känner jag



«Allmänmedicin»,
Steinar Hunsbæk (red.), Birgitta Hovellius
(red. Sverige), Studentlitteratur 2007,
ISBN 978-44-02798-2

mig oerhört bekräftad. Det jag mödosamt under årens lopp förvärvat av erfarenhet finns här lågmäلت formulerat, enkelt och självklart, hela tiden med en oerhörd respekt för hur svårt det ofta är att i vardagen hitta rätt. «Vilken tröst evad som faller på.»

Som handledare till unga kolleger försöker vi ju förmedla ett sätt att tänka mer än kunskapen i sig. Det kapitel i boken som handlar om hur man sätter diagnos bekräftar och befäster denna strategi på ett mycket pedagogiskt sätt. Man tvingas se tillstånden förutsättningslöst för att först efter omsorgsfull begrundan landa i en diagnos. De läroböcker i medicin jag tidigare läst har innehållit listor med symptom, där man utgår från en diagnos, och sen prickar av symptomen allt eftersom. Här tvingas man istället se symtomen i relation till en sannolikhetsberäkning baserad på kön, ålder, sjukdomsfrekvens i olika befolkningsgrupper etc, men som också inkluderar tiden som en parameter. Man landar i en praktisk handläggning och strategi för ett helt terapeutiskt förlopp – en relation över tid. Förslag till behandling inkluderar även praktiska råd direkt till patienten om hur han skall handha sitt tillstånd. Att bot inte alltid är möjlig inkluderas som en fullständigt naturlig del i beskrivningen.

Författarna lägger stor vikt vid kunskaper i sjukdomars vanlighet och riskbedömningar baserade på livsstilsfaktorer, arv och exponering. Man poängterar gång på gång ett salutogent tankesätt och faran av att framkalla sjukdomsidentitet. De fallbeskrivningar som genom boken illustrerar de olika avsnitten är inga typfall, utan verklighetstroga situationer precis så luddiga och otypiska som vi finner dem på mottagningen.

Boken spänner från djup livsfilosofi till härligt praktiska avsnitt runt den aggressiva eller besvärlige patienten eller «Hur man får patienten att gå». Man får punktvisa program rörande rökav-vänjning och Waranordning. Man får råd

på olika nivåer beroende på de resurser man har tillgång till. Befriande att även folkliga namn på åkommorna listas; torsk, svinkoppor med mera. I sitt uppsåt att vara heltäckande blir en del avsnitt lite konstlade; till exempel avsnittet i hur man inreder och utrustar sin mottagning och sitt laboratorium. Man är ju sannolikt inte ren novis när man står inför en nyetablering. Balansen mellan vidd och djup blir en nästan omöjlig akt när man tar sig an ett projekt av den här digniteten.

För vem är boken skriven? Jag ser den som en utmärkt introduktion till medicinen överhuvudtaget. Börjar man som ny AT-läkare tänka på det sätt som skisseras här, så blir man en duktig kliniker även om man väljer en helt annan specialitet än vår. Varje ST-läkare i allmänmedicin borde ha den på sitt bord som ledning och tröst. Den glädje som förmedlas trots komplexiteten kan verka ångestdämpande på den mest ambitiösa utbildningsläkare. Det finns en väg genom det diffusa mot en klar strategi. Just att man betonar strategier istället för slutlösningar är befriande.

Boken fungerar också utmärkt som litteratur i en FQ-grupp. De mer generella kapitlen kan locka till samtal på en etisk och mer filosofisk nivå. Strategikapitlen bekräftar vår tysta kunskap och ger den ett språk. Texten genomsyras av en stor respekt både för patienten och den välmenande läkaren, en empati och förståelse för svårigheterna i diagnosprocessen.

Boken är också ett historiskt dokument över vår primärvård står 2007, och vart vi är på väg – en samlad bild av vår vardag. Varje landstingspolitiker och primärvårdsdirektör borde läsa den.

Här ligger också bokens svaghet. Den är högaktuell, men hur länge? De statistiska partierna är för det mesta bra uppdaterade men inte alltid, och åldrade listor känns inte tillförlitliga. Det norska skiner ibland igenom men är inte störande.

De mer generella kapitlen runt strategi, konsultationen och liknande har ju mer bestående relevans. De rena sjukvårdskapitlen med sin fokusering på statistik är mer tidsmässigt sårbara och har mer tydligt «bäst före» datum. Det gör inte boken sämre idag – men kanske i morgon.

En nätbaserad text hade varit lättare att uppdatera och lättare att bära runt i sin ryggsäck. Samtidigt är boken med sin tyngd ett bevis på handfastheten i vår kunskap. Jag är mycket glad och imponerad över det fantastiska arbete som våra kollegor under Hunsbårs och Hovelius ledning utfört. Läs den medan den fortfarande är varm och rykande!

Eva de Fine Licht, Floda VC



Evt. frågor och kommentarer kan retas till:
eva.de_fine_licht@vgregion.se

C Ebixa "Lundbeck"

Middel mot demens • ATC-nr.: N06D X01

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g; 1 g inneh.: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann. **TABLETTER**, filmdrasjerte 10 mg: Hver tablett inneh.: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delestrek. **INDIKASJONER**: Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING**: Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandlingen skal bare igangsettes hvis en omsorgsperson er tilgjengelig og jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. **Voksne/eldre**: Maks. daglig dose er 20 mg. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg pr. uke i de første 3 ukene opp til vedlikeholdsdose på følgende måte: Behandlingen bør begynne med 5 mg daglig (en ½ tablett/10 dråper om morgenen) i den første uken. 10 mg daglig i den andre uken (en ½ tablett/10 dråper 2 ganger om dagen) og 15 mg daglig i den tredje uken (1 tablett/20 dråper om morgenen og en ½ tablett/10 dråper på ettermiddagen eller kvelden) anbefales. Fra den fjerde uken fortsettes behandlingen med en anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg daglig (1 tablett/20 dråper 2 ganger om dagen). Kan tas uavhengig av måltider. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance <40-60 ml/minutt/1,73 m²) anbefales maks. 10 mg. **KONTRAINDIKASJONER**: Overfølsomhet for memantin eller et eller flere av hjelpestoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER**: Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi, som har hatt tidligere episoder med krampeanfalle eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksametofan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske endringer i kostholdet, f.eks. fra kosthold med kjøtt til vegetarkost, eller stort inntak av syrenaytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveinfeksjoner med Proteus bakterier) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin endre reaksjonsevnen, slik at pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER**: Effektene av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksametofan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin innebærer en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert eksresjon av hydrokortizid eller kombinasjonspreparater med hydrokortizid er mulig. Enkelttilfeller av økt INR ved samtidig behandling med warfarin er sett. Nøye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMNING**: **Overgang i placenta**: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. **Overgang i morsmelk**: Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skilles ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofil stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme. **BIVIRKNINGER**: Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. **Hyppige (>1/100)**: Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine og sømnlens. **Mindre hyppige**: Gastrointestinale: Oppkast. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gang. **Øvrige**: Tretthet. Krampeanfalle er rapportert svært sjeldent. Enkelttilfeller av psykotiske reaksjoner og pankreatitt er rapportert. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord og er også rapportert hos pasienter som er behandlet med memantin. **OVERDOSERING/FORGIFTNING**: **Symptomer**: I ett tilfelle av overdose (selvmordsforsøk) overlevde pasienten inntaket av opptil 400 mg memantin (oralt) med virkninger på sentralnervesystemet (rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, kramper, sømnlens, stupor og bevisstløshet) som gikk tilbake uten varige mén. **Behandling**: Bør være symptomatisk. **EGENSKAPER**: **Klassifisering**: Memantin er en spennings-avhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptor-antagonist med moderat affinitet. **Virkningsmekanisme**: Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverring. Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. **Absorpsjon**: Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. T_{max} oppnås etter 3-8 timer. **Steady state**-plasmakonsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. **Proteinbinding**: Ca. 45%. **Fordeling**: Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. **Halveringstid**: Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t_{1/2} på 60-100 timer. Total clearance (Cl_{tot}) 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. **Metabolisme**: Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. **Utskillelse**: Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, og mer enn 99% utskilles renalt. **OPPBEVARING OG HOLDBARHET**: Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER**: Dråper: 50 g kr 798,70. Tabletter: 30 stk. kr 528,60, 50 stk. kr 792,10, 100 stk. kr 1549,80.

Basert på godkjent SPC april 2006. Priser pr: 01.01.2007

REFERANSER: 1) Reisberg B, Doody R, Stöffler A, et al. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. *New Engl J Med* 2003; 348: 1333-1341. 2) Gauthier S Int J Ger Psychiatry 2005; 20:459-464 3) Wimo A, Winblad B, Stöffler A, et al. Resource utilisation and cost analysis of memantine in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. *Pharmacoeconomics* 2003; 21 (5): 1-14.



H. Lundbeck A/S
Strandveien 15
Postboks 361
1326 Lysaker
Tel.: 91 300 800
Fax: 67 53 77 07
www.lundbeck.no