



Innhold:

LEDER: Hensikten helliger middelet? Av IVAR SKJELV	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Intervju med Ole Rikard Haavet. Av PETTER BRELIN	2
ALLMENN MEDISINSKE UTFORDRINGER: Forskning til hvilken pris? Av KAREN FRYDENBERG	6
«Krigsbarns levekår». Av ANNA-LUISE KIRKENGEN	11
Orgisk rhinitz – systemiske steroider eller ikke. Av SVERRE STEINSVÅG	15
Vitamin D mangel og muskelsmerter. Av MORTEN MOWE	16
Matvareallergi hos barn. Av JAN HOLT	18
Legene og attestene. Av ANNE MATHILDE HANSTAD	22
Om pasientjournalen – sakset fra lover og forskrifter. AV ROLF JØRGEN BREDESEN	25
Hva er klinisk ortopedisk medisin – ad modum Cyriax? Av ARE INGEMANN	27
Frossen skulder. Diagnostikk og konservativ behandling i allmennpraksis Av SATYA P. SHARMA	30
Å ta pasienten på alvor – klisjé eller nyttig metafor? Av KRISTINE VAAKE HØYLAND OG ANDERS BÆRHEIM	36
Faste spalter	40

utposten

Kontor:
RMR/UTPOSTEN, v/Tove Rutle
Sjøbergvн. 32, 2050 Jessheim
Tlf. 63 97 32 22, Fax 63 97 16 25
Mobil: 907 84 632
E-post: rmrtove@online.no

Adresseliste redaktorene 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
Christian VIIIs gt 14
9012 Tromsø
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 Straumsjøen
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:
Jannike Reymert

Layout/ombrekning:
Morten Hernæs, PDC Tangen

Design, repro og trykk:
PDC Tangen

Du finner Utposten på
www.uib.no/isf/utposten

Hensikten helliger middelet?

Utposten trykker i dette nummeret en artikkel av Karin Frydenberg der hun med utgangspunkt i erfaring fra egen legepraksis retter et kritisk økelys på et delprosjekt i Folkehelseinstituttets store Mor og Barn-undersøkelse, MI-DIA, som prosjektet kalles. En undersøkelse av miljøårsaker til utvikling av type I diabetes. Med foreldrenes samtykke blir navlestrengholde gentestet for å fastslå om barnet har en genetisk disposisjon for utvikling av type 1 diabetes. De 2,2 % av norske barn som har «risikogenet» har sterkt øket sannsynlighet for å utvikle sykdommen, 7 % før de er 15 år og 20 % livstidsrisiko.

Familien informeres om funnet, og barnet følges opp med prøver og ulike sider ved barnets utvikling registreres gjennom skjemaer foreldrene regelmessig skal fylle ut.

I utgangspunktet ser dette kanskje ganske greit ut. Type I diabetes er en alvorlig sykdom. Kunnskapen om hva som utløser sykdommen er svært mangelfull. Da må vel alle ønske velkommen forskning som kan bidra til opplysning av dette feltet?

Men så er det likevel ikke så greit. Frydenberg beskriver en familie som sa ja til å delta i prosjektet – for å gjøre en «samfunnsinnsats». Men da de fikk vite at barnet hadde risikogenet, og særlig at verken de eller andre kunne gjøre noe for å forhindre eller redusere risikoen for at barnet skulle utvikle sykdommen, kom dette som et sjokk og etter hvert en sorg. Det lille barnet var blitt – ikke sykt, men kanskje heller ikke helt friskt – det var blitt en risikant.

Denne historien illustrerer sentrale forskningsetiske dilemmaer. I hvor stor grad er det rimelig å be folk – og her deres nyfødte barn – om å gjøre en «samfunnsinnsats» ved å bidra til medisinsk forskning? Hvis det dreier seg om å avgjøre en blodprøve og besvare noen spørsmål om barnets utvikling, vil de fleste sannsynligvis synes at det er greit. Og at det er greit å samtykke på vegne av sine nyfødte. Men dersom et samtykke innebærer en mulighet til å få vite at man har en økt risiko for å utvikle en alvorlig sykdom, samtidig som det ikke er mulig å påvirke denne risikoen, blir problemstillingen langt vanskeligere.

Derfor er også Bioteknologilovens krav til slik forskning svært strenge. Loven skal verne interessen til dem som bidrar med materiale til slike studier. Det stilles store krav til informasjon på forhånd. Slik individuell tilpasset informasjon kan man kanskje gi til den enkelte i en liten studie, men den vil lett få noe mer samlebandspreg når tusener, kanskje titusener skal inkluderes. Dessuten vil man aldri være «foreberedt» hvis man får beskjed om at man er blant «de uhedlige». I denne studien vil også barnets risiko bli fokusert hver gang nye prøver skal avgis eller nye skjemaer besvares. Kan man forvente at en familie kan forestille seg denne situasjonen når de gir sitt samtykke? Disse familiene må uansett ha krav på en grundig genetisk rådgivning, og oppfølging etter som årene går. Og når barnet blir så stort at det selv forstår hva det dreier seg om, har også barnet krav på grundig og tilpasset informasjon.

Dette er den ene siden av problemet. På den andre siden står «forskningens interesser». Type I diabetes er en alvorlig sykdom. Kunnskapen om utløsende faktorer er mangelfull. Dersom en slik studie kan bidra til å avklare hva som kan utløse en latent diabetes type I, vil det i framtida kanskje kunne forhindre at risikanter utvikler sykdommen. Hvis så skjer, vil «risikobarna» i denne studien bidra til et bedre liv for noen av framtidens barn. Kanskje.

Slik illustrerer denne historien konflikten mellom «samfunnets/allmennhetens/medisinens» behov for stadig videre forskning og behovet for å verne enkeltindividets integritet og interesser. Og det er en konflikt mellom en mulig gevinst i framtida og reelle plager som kan påføres mennesker i dag. Helliger hensikten middelet? Disse spørsmål er ikke enkle. Karin Frydenberg har belyst saken fra sin synsvinkel. Utposten har invitert Folkehelseinstituttet til legge fram sitt syn på studien, og bedt om en kommentar fra Legeforeningens etiske råd.

Vi skal vente med å trekke konklusjonen, men ser spent fram mot en videre belysning av saken.

Ivar Skeie

Utpostens
dobbelttime

Til ungdommen!

Ole Rikard Haavet

INTERVJUET AV PETTER BRELIN



Ole Rikard Haavet er en av de kollegene som vi stadig hører fra. Han synes stadig oftere til tross for at han ikke er brautende og eksponeringsglad. Mannen virker snarere beskjeden og forsiktig.

Vi hører etter fordi han har ting å si.

Viktige ting.

Ikke bare har denne mannen en lang fartstid i forskjellige allmennmedisinske stillinger, han har også de siste årene vært en fanebærer for akademisk allmennmedisin.

Han har nylig refset oss for at vi ikke evner å se de deprimerte ungdommene slik at vi kan hjelpe der det kanskje trengs mest.

Hvem er du, hva gjør du og hvor kommer dine faginteresser fra?

Jeg er en alminnelig primærlege som er faglig nysgjerrig og som har et samfunnsengasjement. For meg er det viktig å vokte vår solidariske velferd og å begrunne ordningene i bevisste valg forankret i verdier. For å spissformulere, så bekymrer det meg at vår politiske ledelse i helsesektoren i flere saker synes å handle populistisk. Lakkmustesten på velferdssamfunnet er, slik jeg ser det, hvordan vi klarer å gi rom for funksjonshemmde, barn og unge, familier med én forsørger, eldre og andre som av ulike grunner er sårbare. Dette er også en etisk test jeg mener vi bør bruke på vår medisinske praksis.

Avdøde kollega Anders Forsdahl, distriktslegen i Sør-Varanger, mener jeg er en av de som har gått foran med et godt eksempel. Gjennom sine vitenskapelige arbeider avdekket han sammenhenger mellom fattigdom i tidlige år og økt risiko for sykdom senere i livet og ble en internasjonal pioner på dette området.

Uten å ta partipolitisk stilling, synes jeg også stortingsrepresentant og kollega Olav Gunnar Ballo viser etisk standard når han forsvarer grunnleggende verdier, blant annet i debatten om ny bioteknologilov.

Hva jeg gjør? For tiden arbeider jeg som fastlege på Lillestrøm Legesenter, en gjennomsnittspraksis, men kanskje med noe overvekt av yngre pasienter

på min liste. I tillegg arbeider jeg deltid som førsteamanensis og postdoc stipendiat ved seksjon for allmennmedisin i Oslo. Faglig har jeg fortsatt, som i mitt doktorgradsarbeid, fokus på unge i risikosonen, hvilke kvaliteter som kjenner tegner løvetannbarna og hvordan vi skal fange opp unge i risiko, for å få dem tilbake på et tryggere spor. To prosjekt står for tida i sentrum. En oppfølgingsstudie i Oslo og et dansk-norsk samarbeid hvor vi validerer ulike spørskjema for å finne fram til et instrument som kan integreres i allmennlegenes elektroniske journaler for å diagnostisere unge med depresjon.

Du har blitt sittet på at det er en økende insidens av psykisk sykdom hos unge. Hvordan er de tallene kommet frem?

For det første vil jeg poengttere at det neppe noen gang har vært så mange unge som har det så bra som i dag. Mitt inntrykk fra ulike studier er samtidig at det er en stigning i andel deprimerte unge. Tall og metoder har imidlertid vært usikre. Men både de siste tallene fra Folkehelseinstituttet og nyere internasjonale studier støtter mitt inntrykk. De siste års forskning viser at det til enhver tid er 6–8 prosent alvorlig deprimerte i aldersgruppen under 20 år. Med alvorlig deprimerte mener jeg unge som fyller kriteriene for «Major depression» i ICD-10. Akkumulert tall for gjennomgått alvorlig depresjon i tenårene er 20 prosent. Dersom vi inkluderer de med milde og moderate depresjoner, viser undersøkelser at 18–20 prosent av ungdommene til enhver tid har plager utover det som er normale svingninger for alderen.

Gjelder dette kun depresjoner, eller er det også andre psykiatriske sykdommer som øker?

Jeg kjenner ikke til undersøkelser som viser noen generell økning av alle psykiatriske lidelser, men det er en del som hevder at atferdsforstyrrelser er i økning. Det bli også hevdet at andelen unge med positraumatisk stresslidelse øker. Dette siste kan i tilfelle henge sammen med økt eksposisjon for mer og alvorligere vold i denne aldersgruppen.

Har du noen forklaring på hvorfor unge med depresjon er blitt et økende problem?

Jeg har en teori. Vår forskning om løvetannbarna viste at de som klarte seg best, var de som hadde god forankring i familie, som hadde gode venner og som hadde tro på egen mestring. Samfunnsutviklingen synes ikke utelukkende å støtte disse kvalitetene. Noe av årsaken til den økende sykeligheten blandt unge kan derfor være mangel på støtende voksne, oppsplitting i familiene og mangel på nærlhet mellom generasjoner.

Om unge er utsatt for mer alvorlige eller et økt antall negative livserfaringer, er ikke lett å finne ut. Vi vet at slike erfaringer har ulik virkningskraft. Seksuelle overgrep og vold er de faktorer som er mest sykdomsfremkallende. Dernest kommer risikoen forbundet med å vokse opp med foreldre



som lider av psykisk sykdom eller som har rusproblemer. De erfaringer som kommer lavest på denne risikostigen er mobbing, foreldres samlivsbrudd og høyt press for å lykkes. Det er også vist at effekten av uheldige erfaringer summeres.

Du har rettet kritikk mot fastlegene fordi disse ungdommene ikke oppdages og fordi de ikke tas på alvor, retter du ikke bader for smed?

Internasjonale studier tyder på at allmennlegene bare oppdager én av fem deprimerte unge som oppsøker dem. Dette er nok dels fordi vi ikke er tilstrekkelig oppmerksomme på disse unge og dels fordi vi ikke har de rette verktøyene. Det kan kanskje være en trøst at undersøkelser tyder på at i en uselektert ungdomsbefolking er oppdagelsesprosenten enda dårligere hos andre helsearbeidere, også hos spesialistene. De første symptomene er ofte oppheling av infeksjoner, smertefenomener, allergi og astma, og det er jo plager fastlegene tar seg av. Fastlegenes rolle er derfor sentral.

Burde du ikke sette fokus på helt andre forhold, f.eks. foreldrenes ansvar?

Jo, foreldre er som sagt tidligere, særlig viktige. Jeg har vært med å utgi en bok i Ungdomsmedisin som i tillegg til studenter og fastleger, også har foreldre som målgruppe. Jeg opplever imidlertid at mitt primære ansvar er å arbeide for bedre kvalitet og kompetanse hos fastlegene.

Forslag til tiltak?

For det første tror jeg at det er viktig at fastlegene tar unge på alvor. Det er viktig å uteske den unges mulighetene før å øke egen mestring uten å oppdre moraliserende. Fastlegen bør støtte aktivt i forhold til aktuelle samarbeidspartnere som foreldre, lærer og skole, helseøster, sosialkontor, trygd- og arbeidskontor. Det er neppe noen arbeidsområ-

der innenfor allmennmedisinens hvor vi kan hente større helsegevinst.

Jeg håper videre at spørreskjemaet vi finner fram til i det dansk-norske valideringsprosjektet, blir tatt i bruk av kollegene i begge land.

Dessuten håper jeg at kolleger engasjerer seg i fagutviklings- og forskningsprosjekter knyttet til ungdoms helse. På sikt håper jeg denne forskningen kan få plass på Ungdomsmedisinske kompetansesentre knyttet til allmennmedisin slik som foreslått bl.a. av legeforeningen.

Suicidaten ser ut til å falle hos unge, kanskje med så mye som 20 prosent mellom 1988 og 2004. Burde ikke det tyde på at den økningen dere observerer ikke er reell, men et resultat av en forskningsartefakt?

Det er jo en gledelig utvikling, selv om Norge fortsatt ligger høyere enn land det er naturlig å sammenligne seg med. Det er ingen direkte forbindelse mellom depresjon og selvmord. Eksempelvis synes forholdet mellom deprimerte jenter og gutter å være to til en, mens forholdet for selvmord er motsatt.

Min erfaring er at det er rimelig greit å få jentene til å oppsøke helsetjenester og følge opp deres sykdommer, mens guttene meget sjeldent og av og til bare helt ufrivillig oppsøker oss. Hvordan skal vi nå guttene?

Jeg tror at noe av forskjellen kan forklares med at det i tenårene er dobbelt så mange jenter med depressive plager i forhold til gutter, selv om kjønnsforskjellene utviskes når depresjonene blir alvorlige. Jeg tror videre at gutter som regel har mindre innsikt i egne plager og de har mindre evne til å sette ord på det de føler. I en av studiene i mitt doktorgradsarbeid, så vi på bruken av helsetjenester blant unge i Oslo, og den viste at gutter med depresjon også konsulterer lege, men det er grunn til å tro at de fleste oppgir andre årsaker for kontakten.

En ung person som søker fastlegen, ikke minst gutter, gir en kortvarig gylden sjanse til å gjøre noe viktig for ham eller henne. Ungdom har meget effektiv kommunikasjon seg i mellom. De erfaringer ungdom får i møte med den enkelte fastlege, vil derfor ofte få mye å si for om andre tar kontakt. Dette betyr at fastlegene må være fleksible for en rask «der og da konsultasjon», de må være lyttende, ta den unge på alvor, innarbeide gode rutiner i medarbeidernes behandling av denne aldersgruppen og i det hele tatt bygge ned barrirene. Noen ganger bør vi også ta i mot unge som søker oss selv om de ikke står på listen vår.

En siste hindring er at mange unge er fattige, noen ganger til tross for god økonomi i familien. Jeg er sikkert ikke den

eneste fastlegen som har erfart at disse unge ikke har råd til å soke lege og noen ganger heller ikke råd til å kjøpe nødvendige medisiner.

Hvordan skal vi behandle de unge deprimerte?

Det er, slik jeg ser det, unødvendig at unge går ubehandlet i måneder og år mens de venter på hjelpe fra psykiatrien. I en slik ventetid blir plagene lett sementert. I de fleste tilfeller kan vi tilby regelmessige konsultasjoner, eventuelt med kognitivt tilrettelagt terapi. Hvis vi kan hjelpe unge med milde og moderate depressive plager, vil kogene til psykologene og psykiaterne bli kortere for de alvorligst syke. Fastlegene bør i slike behandlingsløp også vurderer medikamentell terapi. Dette er noe av det vi har omtalt i boka «Ungdomsmedisin».

Du har interessert deg for fattigdom og ungdomshelse, i hvilken sammenheng?

Jeg nevnte tidligere Anders Forsdahls forskning. I tillegg vet vi nå at for ungdom er ikke helse relatert til sosial klasse, til forskjell fra barn og voksne. Derimot er helse i voksen alder sterkere relatert til sosial klasse i barne- og ungdomsåren enn sosial klasse i voksen alder.

På den andre side er min erfaring at dårlig helse hos unge ofte medfører at de blir «fattige». De tør ikke be foreldrene om penger. Dette fordi de skammer seg over ikke å være friske og vellykkede. Helseproblemene gir også problemer med å skaffe inntekter fra bijobber. Vi ser samtidig at unge i siste del av tenårene har problemer med å få del i velferdsgodene. Kravet om å fylle ut en rekke skjemaer på riktig kontor til riktig tid og mangel på kunnskap hos saksbehandlerne, resulterer alt for ofte i at de unge fanges i byråkratiske feller som gjør at de gir opp. Denne situasjonen virker gjerne sykdomsforsterkende.

Hva skal vi gjøre når vi møter unge som er kommet ut i fattigdom?

Det er ikke langt fra nederlag til mestring hos unge. Vi må gi håp. Tilbud om å delta i møter på skole, sosialkontor, på trygdekontor og arbeidskontor er effektiv praktisk og solidarisk støtte til unge som trenger det. Videre tror jeg det er viktig å støtte disse unge på at de har krav på en individuell plan.

Er det den absolutte, eller den relative fattigdommen som er farlig?

Det er vel kjent at unge sammenligner seg med kamerater. Så selv om den relative fattigdommen er vanligst, er det selvagt den absolutte fattigdommen som er farligst. Det er alvorlige når den unge ikke vet hva morgendagen bringer i forhold til grunnleggende behov. Mitt inntrykk er at jeg



stadig oftere møter på unge som verken har råd til å gå til lege eller til å kjøpe medisiner.

Er det risiko for sykdom knyttet til ungdomskulturell tilhørighet?

Kanskje. Den skotske forskeren, Patrick West, som var en av de første som fant at unges helse ikke var relatert til sosial klasse, fortalte meg i en samtale at i en studie i Glasgow fant de helseforskjeller relatert til tilhørighet til unges ulike subkulturer.

Hvis det er kulturell tilhørighet som gir assosiasjon med sykdom som rus bruk f.eks. skal vi som leger da advare mot enkelte miljøer og kulturelle uttrykk?

Jeg kjenner ikke til forskning utover det Patrick West fortalte som gir grunnlag for å hevde at det er en slik sammenheng. Her er imidlertid fastlegen i en fordelaktig stilling med sin kunnskap om lokale forhold. Det norske studier viser, at stoffbruk blant ungdom er i tilbakegang, mens bruk av alkohol er i betydelig vekst. Alkoholbruken i ungdomsmiljøer er derfor noe vi som fastleger bør være særlig oppmerksomme på.

Du er aktiv i det akademiske miljøet. Dere som observerer norsk allmennmedisin, hvilke utviklingstrekk ser dere?

Jeg synes det er veldig gledelig at Forskningsenhetene er kommet i gang på alle de fire universitetene. Jeg håper at EUs mål om at tre prosent av driftsmidlene skal gå til forskning, også vil gjelde allmennmedisin. Dette vil gi en meget betydelig styrking. Med et slikt utgangspunkt håper jeg at Forskningsenhetene vil gi grunnlag for en grasrotebevegelse blant annet med forskningsnettverk. Men det avhenger selv sagt av at fastleger vil ordne seg slik at de kan bidra til å utvikle faget.

Hva er bra og hva er mindre bra i norsk allmennmedisin?

Samordningen av norsk allmennmedisin organisert i Allmennlegeforeningen og Forening for norsk allmennmedisin er svært gledelig. Forskningsenhetene er etter mitt skjønn et viktig biprodukt av at hele allmennmedisinen nå går i samlet trupp.

Det som er mindre bra, er at våre sentrale helsemyndighetene ikke har ønsket å bruke midlene i Opptrapningsplanen for å styrke arbeidet med psykisk helse i allmennlegetjenestene. Dette er spesielt vanskelig å forstå siden omkring ni av ti psykiatriske konsultasjoner i befolkningen skjer hos fastlegene. Dette rammer ikke minst de unge. Jeg mener derfor at allmennlegeforeningene sammen med legeforeningen må måtte sette lyset på hvordan midlene i Opptrapningsplanen er brukt.



ALLMENN MEDISINSKE OTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkel-serie under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette lys på felter av allmenn-medisinen 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.

Forskning til hvilken pris? *Hvor stor skade kan vi tåle hvis forventet resultat er veldig viktig?*

AV KARIN FRYDENBERG

Jeg har vært helsestasjonslege i en mellomstor bygd i Norge, Østre Toten, i 15 år. Som helsestasjonslege har jeg fokusert på det friske og vært på vakt mot sykeliggjøring.

Da jeg møtte en familie som tre måneder tidligere hadde latt barnet sitt genteste på diabetes, var det første gang jeg fikk direkte befatning med virkninger av dette store forskningsprosjektet som har foregått i mange år med «mine» pasienter. Det har forundret meg at vi allmennleger ikke er mer direkte målgruppe for informasjon om disse prosjektene som jeg etter dette møtet på helsestasjonen, har forsøkt å sette meg inn i deler av. Jeg leser i prosjektinformasjonen at helsestasjonen skal bistå familier hvis de har behov for mer informasjon. Den informasjonen har vi ikke fått, og kan derved ikke gi videre. (Siste måned er det imidlertid kommet invitasjon)

Familien jeg møtte var med i Mor og barn undersøkelsen og hadde i tillegg fått invitasjon tilsendt fra MI-DIA-prosjektet ved Folkehelseinstituttet mot slutten av svangerskapet, med tilbud om de ville genteste barnet sitt for diabetesrisiko. Dette skulle gjøres i navlestrengeprøven de allerede hadde samtykket til at kunne taes til Mor og barn undersøkelsen.

Den skriftelige informasjonen ble vurdert og «informert samtykke» skrevet under. Men det de sier nå er at de ikke



Karin Frydenberg

Født i 1954, gift, 3 voksne barn.
Cand. Med. fra Ulm/Tyskland 1982
Spes. Allm. med. fra 1991
Fra 1989 og fortsatt, allmennlege Skreia Legesenter, Østre Toten.
Fra 1992–2007 helsestasjons- og skolelege samme sted.
Tillitsvalgt i Allmennlegeforeningen på forskjellige nivå fra 1997–2005
I hovedkomiteen for Primaæremedisinsk uke 2006.
Med i Utpostenredaksjonen fra våren 2006.

tenkte grundig nok gjennom hva det i virkeligheten ville innebære å kjenne barnets fremtidige sykdomsrisiko. Ingen i familien har diabetes, og de anså seg for friske og usårbare med et friskt, sterkt barn. Dermed ble de med og gjorde «en samfunnsinnsats» slik det ble invitert til. På invitasjonens forside lyder: «Kanskje virker det tidlig, men vi inviterer likevel til den første, velvillige samfunnsinnsats fra dere som foreldre og den lille borgeren.»

Derfor kom det som et sjokk på dem da de fikk vite at datteren har diabetesgenene. De følte det som en stor sorg, og mor sier at hun følte det var som å miste henne litt da de fikk vite det. De kom nå til helsestasjonen for seks månaders kontroll med sin sunne, friske datter som de er blitt så bekymret for siden hun har disse diabetesgenene. De har

Folkehelseinstituttet startet **Mor og Barn undersøkelsen** i 1999 og hittil, januar 2007, er 80 000 gravide inkludert i denne prospektive kohortundersøkelsen som alle gravide blir spurt om å delta i når de kommer til ultralydundersøkelsen ved 17.-18. svangerskapsuke og 41 prosent har sagt ja til. Flere delprosjekter er startet, bl.a. ble MI-DIA startet i 2006.

FOR MER INFO: www.fhi.no – Svangerskap og fødsel – Mor og barn undersøkelsen – samarbeidsprosjekter.

MIDIA er en **undersøkelse om miljøårsaker** til utvikling av type I diabetes. Foreldrene blir i 35. svangerskapsuke invitert til å la sitt barn genteste på risiko for utvikling av type I diabetes. De får tilsendt skriftlig informasjon og må skrive under samtykkeerklæring og sende den inn hvis de vil la sitt ufødte barn være med. 2,2 % av norske barn har «risikogenene» som gir dem 7 % risiko for å utvikle type I diabetes før de er 15 år og 20% livstidsrisiko. Hvis diabetesgenene påvises, får de vite det når barnet er 3 måneder gammelt og barnet følges da opp til det er 15 år. De blir da regelmessig bedt om å fylle ut skjema om barnet. De blir bedt om å sende inn avføringsprøve hver måned frem til barnet er 3 år. Det blir tatt blodprøver av barnet ved 3, 6, 9 og 12 måneder alder og siden en gang årlig for å undersøke mhp diabetesutvikling.

den norske *Mor & barn undersøkelsen*

Nyhettsbrev 2006

Ny forskning – store prosjekter: Autisme, diabetes og morsmelk

Den norske mor-og-barn-undersøkelsen er en unik studie ledet av forskningsgruppen startet allerede i 1999. Prosjekter ved Folkehelseinstituttet og flere universiteter hjelper i mange år. Større data har alltid vært hensatt inne. Nå dessverre vil de kunne nytte nye prosjekter som får glede av den betydelige informasjonen som dette bidrar til.

Autism Bar-Cohen, ABC-studien
ABC-studien fra mor-og-barn-undersøkelsen blir nå invitert til en ny stor studie om autisme. Denne studien er gjort med hjelpe av en berigning på 60 millioner kroner fra National Institute of Health i USA. Noe av denne som samarbeidspartnere på grunn av den vidste erfaringen sørger for at denne studien kan bli en stor suksess.

Hvor vi har gjennomført denne prosjektet, vil vi vite mer om hvordan autisme. Dette vil vi sammen med alle som er med i prosjektet hjelpe av en overspørsmålark fra Camilla Stokkeberg og Folkehelseinstituttet, Camilla Stokkeberg, til en av eksistensstakken til denne studien.

Allerede i denne leiret samhandlet barn med omgivelsene ved hjelp av SIBA, knappspørsmål og lydles tilbake om barn følger ikke den normale utviklingen. Dette barna vil vi gjerne undersøke i ABC-studien. Vi ønsker derfor foreldre som bekymrer seg for



Undersøkelsen utfører en samvert børne- og barnehageprøve, prøveholdene og foretakspartnere. Studien er sammenstilt av Institutt for Folkehelseforskning og fra Fraunhofer Institut. Undersøkelsen vil vise barnas spalte og amnio utvikling, men også utviklingsrhythmen og tilhengende.

– Vi vil gjøre hva kontroller med alle foreldrene i Mor og barn-undersøkelsen som har barn i foreldrenes alder og som morsmælk et barnetid har autistisk mælk, etter at vi har fått diagnostikk.

Dette gir oss også dem som ikke får innstasjonering fra oss. Vi håper at vi skal kunne bruke til instruksjon, også at vi får en forståelse av barnas utviklingsproblem – av hvem som hjelpt barnet og hvem som utviklet seg forskjellig fra, vis Språket, Schippaning, perspektivet for de autistiske undersøkelsene.

Ring 95 22 98 73 for å bli med i studien!

Vi vil vite mer om ABC-studien!
Studien starter 12.03.06.
www.fhi.no/fhi
www.fhi.no/fhi/abc
www.fhi.no/fhi/abc/studie
www.fhi.no/fhi/abc/foretak
www.fhi.no/fhi/abc/tiltak
<http://www.fhi.no/fhi/abc/tiltak>

>>

hjemmets utvikling, foreldrer som allerede vet om barnet har utviklingsproblemer og foreldrer med flom stort utvikler seg normalt. Utvalgsgruppen til denne undersøkelsen ved Luxembourgskonsultant Sykehus i Oslo.

Undersøkelsen av morsmælk av foreldre av utviklingsproblemer og foreldre som ikke har utviklingsproblemer. Dette barna vil vi gjerne undersøke om foreldrene har en diagnosistillatelse og spørsmål om:



EIN PROJEKT OM BARNEDIABETES I DEN NORGE MOR OG BARN UNDERSØKELSEN

INVITASJON
TIL DELTAKELSE
I FORSKNINGSPROSJEKTET MIDIA

DET VIKER KANSKE TIDLIG, MEN LIKEVEL INVITERER VI TIL DEN FORSTE
VEICELIGE SAMFUNNSINNSATTSEN FRA BARNET DERER VENTER.

folkehelseinstituttet

MIDIA
midia.no til type I
DIABETES

fått vite at hun har mye større risiko for å få diabetes type I enn andre barn: 20 prosent livstidsrisiko og sju prosent risiko for at hun får diabetes type I før hun er 15 år.

Tanken på denne økte risikoen plaget dem daglig lenge, selv om de føler det beroligende å se at hun utvikler seg godt og virker sunn og sterkt. Imidlertid vil de følgelig ikke at andre i familien skal vite dette og funderer på hvordan de skal forholde seg til å fortelle henne dette selv. Hvordan skal hun som ungdom komme til å forholde seg til å ha en økt risiko for diabetes?

Hun er frisk og likevel allerede syk – selv om hun har størst sannsynlighet for aldri å få type I diabetes.

- Hun skal følges til hun blir 15 år og foreldrene er bedt om regelmessig å sende inn spørreskjemaer om kosthold, helse og miljø.
- De skal sende inn avføringsprøve fra henne hver måned til hun er tre år
- Det skal tas blodprøver av henne hver tredje måned det første året og så årlig til hun er 15 år.



«Nei, vi visste ikke hva vi sa ja til da vi samtykket,» sier både mor og far nå, og vi ville ikke ha sagt ja hvis vi hadde visst hva det skulle innebære av frykt, engstelse og bekymringer for fremtiden. De blir tilbuddt å trekke seg fra undersøkelsen, men sier at nå kjenner vi jo til hennes økte risiko, og da vil vi jo gjerne bidra til forskningen. Men vi ville helst ikke visst. Vi ville tatt sykdommen når og hvis den kom. Og det er skrekkelig at vi ikke kan gjøre noe for å forebygge at hun blir syk. I begynnelsen var det aller toffest, det at vi ikke kunne gjøre noe for å forhindre det.

Diabetes I er en alvorlig sykdom som innebærer betydelig helserisiko og innskrenkninger i livet, og det er viktig å søke mer kunnskap om årsakene til denne sykdommen som øker her i Norge og Norden. Men hensikten helliger ikke midlene. Derfor må det sees kritisk på hva man forsør med, selv om det skulle kunne stoppe viktig forskning.

Det er flere viktige etiske betenkninger når man påfører mennesker en kunnskap om mulig fremtidig sykdom, særlig når de ikke kan gjøre noe for å unngå den. Det finnes fortsatt ingen forebyggende tiltak som kan hindre eller minske risikoen for å få type I diabetes. Man må altså bare stå passiv og vente på eventuell sykdom. Riktig nok kan man være mer

oppmerksom på tidlige symptomer på diabetes slik at barnet ikke blir så sykt før diagnosen, men det er min erfaring at diagnosen på disse barna ikke byr på spesielle problemer.

Saken blir også spesielt komplisert og følsom når dette gjelder gentesting av barn som ikke selv kan ha noen mening om det. Bioteknologiloven er restriktiv når det gjelder tillatelse til denne typen tester (Vedlagt § 5-1 til 5-7). § 5-7 omtaler testing av små barn, og med mindre MI-DIA har fått godkjent unntak fra loven, må denne testingen være lovstridig.

Det synes etter min mening også mot et krav om en særlig inngående informasjon som problematiserer nettopp det å leve med risiko. For å gjøre denne typen vanskelig informasjon god nok, måtte man etter min mening ha samtale og diskusjon med forsøkspersonene ansikt til ansikt. Man må ha med i diskusjonen det at man kan få sterke reaksjoner av selve kunnskapen om økt risiko. Bioteknologiloven omtaler dette i § 5-5 om genetisk veiledning. I MI-DIA synes dette ikke tilstrekkelig ivaretatt. Det må informeres på en slik måte at informert samtykke blir et reelt samtykke.

Jeg sitter igjen med flere spørsmål i forbindelse med denne forskningen:

- Har MI-DIA fått tillatelse til disse gentestene?
- Hvor god og hvordan bør informasjon være forut for gen-testing?
- Hvor stor er risikoen for å sykliggjøre friske barn?
- Hvilke avgjørelser kan foreldre ta på vegne av sine barn?
- Finnes det begrensinger ut i fra at de påtvinger barna å leve med kunnskap om økt risiko som de ikke kan gjøre noe med?
- Er det etisk forsvarlig å øve et psykologisk press til å delta ved å oppfordre til samfunnssinnsats?
- Dette er mennesker i en meget følsom og sårbar fase av livet, som kan være lettere påvirkelige til å si ja enn de ellers ville vært.

Vi allmennleger og helsestasjonsleger har fått lite informasjon om disse undersøkelsene som våre pasienter blir inkludert i. Jeg har kritisert informasjonen som gis ved inklude-

ring til MI-DIA. Hva med informasjonene som gis ved inkludering til Mor og barn undersøkelsen? En mor fortalte at det eneste som ble sagt henne var: Du blir vel med i Mor og barn undersøkelsen? Det er ikke godt nok.

Pga disse spørsmålene som jeg anser meget viktige, har jeg sendt denne problemstillingen til Rådet for legeetikk. De er i ferd med å behandle den.

Jeg har også invitert Mor og barn undersøkelsen og MI-DIA til å skrive i Utposten for å avklare og sørge for bedre informasjon til den yrkesgruppen som skal bistå dem som er med i undersøkelsene ved sykdom, spørsmål eller reaksjoner, nemlig allmennlegene. Men først og fremst for å belyse og muligens avklare noen av de spørsmålene jeg har stilt, håper jeg de følger opp denne artikelen med svar i Utposten.

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

VEDLEGG: Bioteknologiloven § 5

KAPITTEL 5.

Genetiske undersøkelser av fødte m.m.

§ 5-1. DEFINISJON

Med genetiske undersøkelser menes i denne loven alle typer analyser av menneskets arvestoff, både på nukleinsyre- og kromosomnivå, av genprodukter og deres funksjon, eller organundersøkelser, som har til hensikt å gi informasjon om menneskets arveegenskaper.

Med genetiske undersøkelser av fødte menes i denne loven:

- a) genetiske undersøkelser for å stille sykdomsdiagnose.
- b) genetiske presymptomatiske undersøkelser, genetiske prediktive undersøkelser og genetiske undersøkelser for å påvise eller utelukke bærer tilstand for arvelige sykdommer som først viser seg i senere generasjoner.
- c) genetiske laboratorieundersøkelser for å bestemme kjønnstilhørighet, unntatt genetiske laboratorieundersøkelser for identifikationsformål.

§ 5-2.

ANVENDELSE AV GENETISKE UNDERSØKELSER

Genetiske undersøkelser skal bare anvendes til medisinske formål med diagnostiske eller behandlingsmessige siktemål.

§ 5-3.

GODKJENNING AV GENETISKE UNDERSØKELSER

Før genetiske undersøkelser som omtalt i § 5-1 annet ledd bokstav b tas i bruk, skal departementet gi særskilt godkjenning for den enkelte sykdom/sykdomsdisposisjon som gjøres til gjenstand for undersøkelse.

Før departementet avgjør om godkjenning skal gis, skal søknaden forelegges Bioteknologienmda.

§ 5-4. SAMTYKKE

Før genetisk undersøkelse som omfattes av § 5-1 annet ledd bokstav b foretas, må den som skal undersøkes, gi skriftlig samtykke til undersøkelsen.

Før det foretas genetisk undersøkelse som omfattes av § 5-1 annet ledd bokstav b av barn under 16 år, skal det gis skriftlig samtykke fra barnets foreldre eller andre med foreldreansvar.

§ 5-5. GENETISK VEILEDNING

Ved genetiske undersøkelser som omfattes av § 5-1 annet ledd bokstav b, skal den som undersøkes, gis genetisk veiledning både før, under og etter at undersøkelsen er foretatt.

Dersom den som undersøkes, er et barn under 16 år, skal genetisk veiledning også gis til barnets foreldre eller andre med foreldreansvar.

§ 5-6. GENETISKE MASSEUNDERSØKELSER OG FARMAKOGENETISKE UNDERSØKELSER

Kongen kan gi forskrifter om godkjenning av genetiske masseundersøkelser og farmakogenetiske undersøkelser. I forskriften kan det gjøres unntak fra lovens krav om skriftlig samtykke, genetisk veiledning, godkjenning av virksomhet eller rapportering.

§ 5-7. GENETISK UNDERSØKELSE AV BARN

Genetisk undersøkelse som omfattes av § 5-1 annet ledd bokstav b, skal ikke utføres på barn før barnet er fylt 16 år, med mindre undersøkelsen kan påvise forhold som ved behandling kan forhindre eller redusere helsekade hos barnet.

Departementet kan i særlige tilfeller gjøre unntak fra forbudet i første ledd.



Levonova® hormonspiral
blir brukt av mer enn 5,4 mill
kvinner i verden

- Sikker prevensjon ¹⁾
-uten daglig påminnelse
- Reduserer blødninger ²⁾
-mindre menstruasjonssmerter ³⁾

Se preparatomtale side 26



Levonova®
levonorgestrel 20 g/24 timer

¹⁾ SPC

²⁾ Milsom I et al. Am J Obstet Gynecol 1991;164:879-83

³⁾ Sivin I et al. Fertil Steril 1994; 61(1): 70-77

⁴⁾ KSO Metodebok 2006

«Krigsbarns levekår.

En registerbasert undersøkelse»

En drøfting av opplevd forakt som sykdomskilde

AV ANNA LUISE KIRKENGEN

I det følgende presenteres og drøftes *Rapport 2004/19 fra Statistisk Sentralbyrå* (1). Den har krigsbarnas helse og levekår som tema. Resultatene tillater slutningen, at oppveksten som krigsbarn, det vil si som barn av en norsk biologisk mor og en tysk biologisk far, medførte en stor risiko for sykdom og for tidlig død sammenliknet med jevnaldrende barn. Studiens metodologi gir ikke adgang til å kunne si noe om hvordan de tallfestede forhold henger sammen. Ved hjelp av nyere studier om forskjeller i helse blant ulike grupper, diskuteres validiteten av resultatene i den førstnevnte studien. Ved å tenke i analogier kan man tilføre tallene en mening som gir dypere innsikt i hittil undervurderte sykdomskilder og destruktive krefter som forkorter livet.

Sammendrag

I rammen av et større prosjekt om krigsbarn og deres levekår finansiert av Norges Forskningsråd, Sosialdepartementet og Barne- og familieldepartementet, fikk forskere ved Statistisk Sentralbyrå adgang til informasjon som ble analysert med henblikk på ulike aspekter ved krigsbarnas liv etter 1945. Forskerenes kilder var håndskrevne, mangelfulle tyske krigsarkiver og nyeste elektroniske databaser. Krigsarkivene (Lebensbornregisteret) omfatter omtrent åtte tusen av anslagsvis to til tolv tusen barn med tyske fedre født av norske mødre mellom januar 1941 og mai 1945. Navn og personnummer ble koplet med Folkeregisteret, Helsestatistikk, Dødsregisteret, Trygderegisteret og flere. Med henblikk på ulike parametere ble gruppen tyskerbarna sammenliknet med to andre grupper: barn født av og oppvokst med to norske foreldre i samme periode, og barn av norske foreldre som var født i 1940 og 1946–47 og som vokste opp med en enslig mor. Forskerne påviste at gruppen av krigsbarna hadde høyest risiko for sykdom, sykmelding, uførhet og død som følge av kreft, hjertelidelser og selv-mord av disse tre gruppene.

Metode

Tyskerbarnas levekår ble vurdert på grunnlag av data om barndom, utdanning, sivilstand, sykelighet, uførhet, dødelighet, sysselsetting og formue. Siden personnumrene ble



Anna Luise Kirkengen

Anna Luise Kirkengen har vært allmennlege i Oslo i 30 år. Siden høsten 2006 har hun tre delstiller: seniorforsker ved Akershus Universitetssykehus og professor i allmennmedisin ved ISM, NTNU (prof. II) og ved ISM, UiT (prof. II).

innført i Norge sammen med Folke- og boligtellingen i 1960, kunne bare personer som var bosatt i Norge i 1960 inngå i studien. Av alle krigsbarn som kunne spores opp på grunnlag av navn koplet til personnummer, fant forskerne to tredeler. Blant dem ble det foretatt to utvalg som til sammen utgjorde 1155 personer. Disse ble koplet med elektronisk baserte registre for inntekt, formue, utdanning, trygd, sykmelding og død. En kontrollgruppe var barn født av norske foreldre i de samme år og som ennå levde i Norge i 1960 ($n=268\,545$). En annen kontrollgruppen var barn født i henholdsvis 1940 og 1946–47 og som i 1960 bodde sammen med en enslig mor ($n=5797$). Slik unngikk man å registrere barn av enslige mødre som hadde tysk far men ikke var registrert som sådanne. Å vokse opp med en enslig mor i 50- og 60-årene i Norge ble antatt å være belastende og stigmatiserende, om enn delvis av andre grunner enn de som gjaldt for tyskerbarna.

Resultater

Dødelighet

Forskerne presenterer sine funn angående dødelighet slik:

Om en befolkningsgruppe har høy eller lav dødelighet er et viktig demografisk, helsemessig og sosialt mål. ... Grupper med dårlige forhold, lav utdanning, lav inntekt, i en del utsatte yrker eller uten yrkestilknytning, vil gjennomgående ha høyere dødelighet enn andre. Dødelighet er også et mål på atferd, eller livsstil om man vil. ... Ut fra det foran sagte, skulle man forvente en høyere dødelighet blant krigsbarn enn blant deres jevnaldrende, i tråd med våre forventninger om mer utsatte liv. Så er også tilfellet. Blant de 1155 krigsbarna i vårt utvalg er det 120 som døde i årene 1960–2002. Det innebærer en andel døde på 10,4 prosent. Blant deres jevnaldrende er det 7,4 prosent som har mistet livet i den samme perioden. ... Vi fester størst lit til re-

sultatene fra 1941 og 1942. ... For å få det beste estimatet på krigsbarnas overdødelighet, regner vi derfor snittet av overdødelighetsratene for de to årene, og får følgende resultat: Overdødeligheten er samlet på 66 prosent, med 70 prosent overdødelighet for menn og 51 prosent for kvinner. Dette er en overdødelighet som er på linje med, endog noe over, overdødeligheten i yrkesaktiv alder blant de aller mest utsatte yrkesgruppene.

Selvmord – Hjerte- og karsykdommer – Kreft

Forskerne presenterer sine funn angående hoveddødsårsakene slik:

For vårt formål deler vi dødsårsakene i fem hovedgrupper. Godt over halvparten av dødsfallene, både blant alle født i 1941–1945 og blant krigsbarna, skyldes kreft og hjertekarsykdommer. Krigsbarna er overrepresentert for begge disse to sykdomsårsakene, men forskjellen er bare statistisk signifikant for hjerte- og karsykdommer. ... Det kanskje mest påfallende inntrykket .. er overdødeligheten av selvmord. Drøye 10 prosent av de døde krigsbarna har mistet livet på denne måten, mot 6 prosent blant deres jevnaldrende. Blant barn av enslige mødre er andelen litt under 9 prosent. Disse forskjellene er imidlertid ikke statistisk signifikante. Men forskjellen blir statistisk signifikant .. hvis vi sammenlikner kohortene 1941 og 1942 for krigsbarna (12,5 prosent selvmord blant de døde) og de jevnaldrende (5,5 prosent). Det er disse to alderskullene der vi fester størst lit til resultatene for krigsbarna, i og med at vi her har den beste gjennomgangsprosenten. I disse kohortene finnes også overhypighet av kreft blant krigsbarna (som i totalutvalget) men ingen overhypighet av hjerte- og karsykdommer.

Uførhet

Forskerne omtaler sine funn med henblikk på uførhet slik:

Det er i tråd med rimelige faglige forventninger når vi finner at krigsbarna i høyere grad er uførepensjonister enn sine jevnaldrende: 28,4 prosent mot 23,7 prosent. ... Kvinner er generelt hyppigere uførepensjonert enn menn. Blant krigsbarnas jevnaldrende er nesten 29 prosent av kvinnene tilstøttet slik pensjon mot 19 prosent av mennene. Denne forskjellen er også tydelig blant krigsbarna: 35 prosent av kvinnene og drøyt 22 prosent av mennene er uførepensjonister i 2001. ... Det er en tydelig indikator på tidlig utstøting (fra arbeidslivet) når vi ser hvor høy andel av krigsbarna som blir pensjonister relativt tidlig i livslopet. Vi har delt de usøre i de tre gruppene inn i tre kategorier etter når de fikk uførepensjon: Under 50 år, første halvdel av 50-årene, og siste halvdel av 50-årene og begynnelsen av 60-årene. Blant krigsbarnas jevnaldrende øker andelen nye pensjonister med alderen. ... Med krigsbarna er fordelingen mer lik mellom de tre alderskategoriene. ... Blant krigsbarna blir begge kjønn like tidlig pensjonert, drøyt 37 prosent av både de mannlige og de kvinnelige uførepensjonistene ble det før de fylte 50 år.

Sykefravær

Forskerne redegjør for sykefraværet i sitt materiale på følgende måte:

Vi har sett på sykefraværet i perioden 1998–2001 blant dem som var sysselsatte i 2001. Vi har sett både på antallet sykemeldings-tilfeller, og antallet dager de samlet har vært borte fra jobben. ... Også disse målene på helse blant de antakelig friskeste, viser en høyere forekomst av sykdom blant krigsbarna. ... Det samme mønsteret får vi når vi ser på det samlede antallet dager man har vært borte fra jobb på grunn av sykdom. Krigsbarna er overrepresentert blant dem som har vært borte lenge, dvs. i 100 dager eller mer (39 prosent) i forhold til sine jevnaldrende (32 prosent).

Oppvekstforhold – Skolegang - Utdanning

Forskerne sammenfatter funnene angående disse forhold som følger (2):

De fleste av krigsbarna begynte sine liv som barn av enslige mødre. I det første 'elektroniske bilde' vi kan finne av krigsbarna, basert på Folke- og boligtellingen 1960, er imidlertid ikke det situasjonen for de fleste. 'Bare' 19 prosent av krigsbarna bor nå sammen med en enslig mor, mens over halvparten (58 prosent) bor med en mor og en far. Faren vil bare i ytterst få tilfeller kunne være deres biologiske far. Familien består derfor som regel av biologisk mor og stefar, eller av to adoptivforeldre. Noen bor også sammen med besteforeldre.

Krigsbarna har også en særstilling når det gjelder skolegang, utdanning og inntekt. De er klart underrepresentert blant dem som har utdanning på høyskole- og universitetsnivå. De er overrepresentert blant dem som har avsluttet sin skolegang på de laveste utdanningstrinn (skolegang inntil de er 14 år). De er overrepresentert blant dem som står lavest på inntekthierarkiet i Norge, de ligger godt under gjennomsnittlig individuell inntekt for deres jevnaldrende, og de er tilsvarende underrepresentert på de øverste inntekstrinnene.

Diskusjon

Metodisk begrensning

Det sentrale funnet i studien er et overmål av sykdom, uførhet og død i en gruppe som kjennetegnes av en helt spesiell konstellasjon av tid, geografi og nasjonalitet. Den viser at krigstiden i Norge var, slik krigstider pleier å være, generelt preget av vanskelige levekår for barn, men spesielt for noen barn. Disse hadde et opphav som var feilaktig og forkert. I en gitt tid i nyere norsk historie, var en bestemt kombinasjon av foreldre faktisk toksisk for deres barn. Ikke biologiske forutsetninger men sosiokulturelle omsten-

digheter gjorde dem til bokstavelig «utsatte» og «sårbar» barn. Metodevalget tillater ikke å si noe om *hvorfor* det er slik. Men i Ericssons og Simonsens studie med krigsbarn i flere land (3) høres deres personlige stemmer. De tematiserer stigmatisering, marginalisering og overgrep. De indikerer at barnas utsatthet og sårbarhet var en følge av at mødrene ikke ville snakke om krig og opphav, at stedene ikke utviste særlig stor omsorgsvilje og var ydmykende og ukjærlige inntil seksuelt misbruk, at barna ble uglesett i sine familier og at de ble mobbet på skolen.

Sosial kontekst

Mødrene til barna som ble omtalt som «tyskerbarna», ble kalt «tyskertøser». Det sentrale kjennetegnet ved disse mødre og deres barn med fienden, var ultimal sosial skam. Denne skammen var kilden til en destruktiv kraft som handlet om storsamfunnets dype forakt for fiendens barn født av «egne» kvinner, som derved hadde bevist at de hadde forrådet sine egne. Derfor ble kvinnene kategorisert som avvikere og fordømt på moralisk grunnlag. Derfor ble både kvinnene og barna deres straffet: mødrene synlig ved at deres hår ble klippet, at de ble internert, kjeppjaget, marginalisert og trakassert; barna både synlig og usynlig ved å bli forsømt av storsamfunnet og foraktet, trakassert og vanskjøtt av egne familiemedlemmer, lærere og jevnaldrende. Skammen som falt på mødrene og barna kom til uttrykk i åpen forakt og hån, men også i taushet, ordløshet, hemmelighet og fortelse.

Helsefolger av overgrep tildekket av taushet, ordløshet, hemmelighet og fortelse er blitt utforsket i The Adverse Childhood Experience Study (ACE-study). (4) Opplevelsene som forskerne har fokusert på er: psykisk, fysisk og seksuelt misbruk av barnet selv; å vokse opp med separate eller skilte foreldre, med voksne som misbruker alkohol eller narkotika, som har mentale lidelser eller har prøvd å ta sitt liv, som mishandler barnets mor, eller som har vært domt eller fengslet. Jo flere typer opplevelser en studieperson oppgav, desto høyere var vedkommendes samlede sykdomsrisiko (doseresponsforhold).

Krenkelser og sykdom

Doseresponsforhold ble påvist for, blant andre, *selvmord*, *kreft* og flere risikofaktorer for hjertekarsydom: fedme, in-

aktivitet, røyking, alkoholisme, KOLS, diabetes, hypertension, depresjon og sinne. (5) Funnene støttes av flere store studier. (6–9) Disse viser positive korrelasjoner mellom fysisk mishandling, seksuelt misbruk og generell vanskjøtsel på den ene siden og mavesår, lungesykdommer, ledtsykdommer, hjertekarsydommer, diabetes, autoimmune sykdommer, depresjon, thyreoidesykdommer og kreft på den andre. Funnene støttes også av en studie om virkningen på helse av å vokse opp med en eller to depressive foreldre: i det disse barn nådde 35-års alderen var deres risiko for depresjon, angstlidelse og misbruk av nikotin og alkohol tredoblet, risikoen for narkotikamisbruk seksdoblet, og risikoen for hjertekarsydom femdoblet sammenliknet med jevnlig hvis foreldre ikke ble diagnostisert eller behandlet for depresjon. (10).

Personlig vold mot mor

ACE-studien identifiserte nøkkelfaktoren for risikoen for å vokse opp under forhold som har negative langtidskonsekvenser for helse: å bevitne vold mot mor. (11) Fenomenet tilhører en generasjonsovergripende sammenheng som nå er svært godt dokumentert. Misbrukte kvinner, og særlig hvis de også har vært misbrukte jenter, har stor risiko for en rekke alvorlige sykdommer og kroniske helseproblemer, selvmord og selvskader, bruk av ulike rusmidler, funksjonssvikt, økonomisk avhengighet og arbeidsuferhet. (12–15) Traumeerfaring, både i barndom og i voksenlivet forutsier den laveste inntekten blant kvinner. (16) Å tilhøre lavinntektsgrupper gir en høy risiko for hjertekarsydommer.

Strukturell vold mot mødre

Den solide dokumentasjonen som knytter personlig vold mot mødrene til helsefarer både for dem selv og for deres barn, mangler foreløpig for *strukturelle former for vold mot kvinner som er mødre*. Derfor kan «vitneffekten» fra ACE-studien ikke direkte oversettes til «tyskerungene». Men en strukturell effekt blir synlig i sammenlikning med en annen gruppe hvor også skam inngår i en høy risiko for død:



sorte amerikanere. Sort er fortsatt «feil farge» i USA. Med den følger marginalisering, diskriminering og undervurdering. (17–19) De første studier som har knyttet sorte kvinner erfaring av rasisme til deres risiko for å føde prematurt, foreligger allerede. (20,21) Det å vite seg konstant uønsket, undervurdert og «feil», medfører en tilstand av kronisk overlast med målbare endringer i kroppens fysiologi. En slik konstant overlast øker også risikoen for hjertekarsydommer og en rekke andre helseproblemer, blant disse – og relevant i denne sammenhengen, depresjon, angst og premature fødsler. Epidemiologene Krieger og Smith krever en epidemiologi som ikke bare teller kropper, men som tar i betrakning at kropper er preget av at all erfaring bokstavelig skrives på og inn i kroppen. (17) Moralfilosofen Arne Johan Vetlesen påpeker at kjernen i både individuell og kollektiv krenkelse er erfaring av skam, også ofrene skam over å være krenket. (22)

Konklusjon

Studien om krigsbarnas helse gir bare mening hvis man tar i betrakning at erfaring blir kroppsliggjort. Et liv i fornedrelse er, slik ordet faktisk sier, ikke en hodeøvelse. Anvendt på krigsbarna har «tyskerungene» ikke bare kroppsliggjort sosiale forskjeller karakterisert av for lite av det meste, slik som trygghet, økonomi, nære foreldre, omsorg og utdanning. Det som er blitt skrevet på og i deres kropper er for mye av noe, nemlig samfunnets og alle medmenneskers avvisning og forakt. De har, i en viss forstand, levert en like sterk statistikk om følgene av *barndomsforgiftning* som de voksne i ACE-studien og de sorte, gravide kvinner i studiene til Collins og Rich-Edwards og medarbeidere. Norske krigsbarn levde i en dobbelt krig; den store i verden og den lille i familien, skolen, naboskapet og bygda som faktisk varte ved da den store krigen sluttet. Den handlet om forakt som førte til selvforakt. Den handlet om en dobbelt skam, mødrenes og deres egen. Slik skam synes å være en undervurdert, men sterkt patogen kraft. Det er dødelig for mennesker ikke å bli respektert, aktet og elsket.

De tre mest sentrale referanser

- Ellingsen D. Krigsbarnas levekår. En registerbasert undersøkelse. Oslo – Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå, Rapport 2004/19.
 Ellingsen D. Mange krigsbarn med vanskelige levekår. SSB: Samfunnsspeilet 2004/4. <http://www.ssb.no/sup/utg/200404/01>
 ACE-studien: <http://www.cdc.gov/NCCDPHP/ACE>

Referanser til «Krigsbarns levekår. En registerbasert undersøkelse».

1. Ellingsen D. Krigsbarnas levekår. En registerbasert undersøkelse. Oslo – Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå, Rapport 2004/19.
2. Ellingsen D. Mange krigsbarn med vanskelige levekår. SSB: Samfunnsspeilet 2004/4. <http://www.ssb.no/sup/utg/200404/01>

3. Ericsson K, Simonsen E. Krigsbarn i fredstid. Oslo: Universitetsforlaget, 2005.
4. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *Am J Prev Med* 1998; 14: 245–58.
5. Dong M, Giles WH, Felitti VJ, Dube SR, Williams JE, Chapman DP, Anda RF. Insights into causal pathways for ischemic heart disease. *Adverse childhood experience study*. *Circulation* 2004; 110: 1761–6.
6. Goodwin RD, Stein MB. Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. *Psychol Med* 2004; 34: 509–20.
7. Arnou BA. Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 Suppl 2: 10–5.
8. Batten SV, Aslam M, Maciejewsky PK, Mazure CM. Childhood maltreatment as a risk factor for adult cardiovascular disease and depression. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 249–54.
9. Stein MB, Barrett-Connor E. Sexual assault and physical health findings from a population-based study of older adults. *Psychosom Med* 2000; 62: 838–43.
10. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdelli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1001–8.
11. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Williamson DF. Exposure to abuse, neglect and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence Vict* 2002; 17: 3–17.
12. Arias I. Report from the CDC. The legacy of child maltreatment: long-term health consequences for women. *J Womens Health* 2004; 13: 468–73.
13. Donohoe M. Homelessness in the United States: history, epidemiology, health issues, women, and public policy. 2004. <http://www.medscape.com/viewarticle/481800>
14. Herman DB, Susser ES, Struening EL, Link BL. Adverse childhood experiences: are they risk factors for adult homelessness? *Am J Public Health* 1997; 87: 249–55.
15. McNutt L-A, Carlson BE, Persaud M, Postmus J. Cumulative abuse experiences, physical health and health behaviors. *Ann Epidemiol* 2002; 12: 123–30.
16. Thompson KM, Crosby RD, Wonderlich SA, Mitchell JE, Redlin J, Demuth G, Semyth J, Haseltine B. Psychopathology and sexual trauma in childhood and adulthood. *J Traum Stress* 2003; 16: 35–8.
17. Krieger N, Smith GD. «Bodies count», and body counts: social epidemiology and embodying inequality. *Epidemiologic Reviews* 2004; 26: 92–103.
18. Matthews KA, Sowers MF, Derby CA, Stein E, Miracle-McMahill H, Crawford SL, Paternak RC. Ethnic differences in cardiovascular risk factor burden among middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Am Heart J* 2005; 149: 1066–73.
19. Mensah GA, Mokdad AH, Ford ES, Greenlund KJ, Croft JB. State of disparities in cardiovascular health in the United States. *Circulation* 2005; 111: 1233–41.
20. Collins JW, David RJ, Handler A, Wall S, Andes S. Very low birthweight in African American infants: the role of maternal exposure to interpersonal racial discrimination. *Am J Publ Health* 2004; 94: 2132–38.
21. Rich-Edwards J, Krieger N, Majzoub J, Zierler S, Lieberman E, Gillman M. Maternal experiences of racism and violence as predictors of preterm birth: rationale and study design. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2001; 15: 124–35.
22. Vetlesen AJ. Det er ofrene som skammer seg. En essay om ondskap og skam. I: Wyller T (red.) Skam. Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne. Bergen: Fagbokforlaget, 2001.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: anlui-k@online.no

Allergisk rhinitt – systemiske steroider eller ikke

AV SVERRE STEINSVÅG

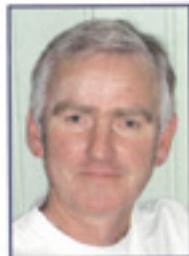
Pollensesongen er i gang, nesen er tett, øynene renner, kroppen er trøtt og uopplagt. Med forrige sesongs pollenplager friskt i minne vil en gjerne ligge i forkant og forebygge. Er systemiske steroider i disse sammenhengene god behandling og er det riktig behandling?

Allergisk rhinitt er en inflammatorisk sykdom. Steroider er blant de beste antiinflammatoriske substansene vi har til disposisjon. Steroider i en eller annen form er derfor i utgangspunktet indisert ved allergisk rhinitt. Studerer man retningslinjer for behandling av allergisk rhinitt, vil en imidlertid finne at steroider i systemisk form ikke er et alternativ som i utgangspunktet anbefales. Det er derfor grunn til å spørre seg om en, etter sigende, utbredt praksis i norsk allmennmedisin med å gi systemiske steroider som symptomlindrende og/ eller forebyggende behandling ved allergisk rhinitt, er en god praksis.

Det er tre grunner til at systemiske steroider i utgangspunktet ikke anbefales på indikasjon allergisk rhinitt.

- Det finnes en rekke symptomlindrende behandlingsalternativer som er effektive for de aller fleste når de brukes på riktig måte.
- Hyposensibilisering vil kunne gjøre allergikere ikke-allergiske, eventuelt redusere plager og medikamentbehov betydelig.
- Systemiske steroider har potensielle lokale og systemiske bivirkninger som en bør prøve å unngå.

Når det gjelder symptomlindrende behandling, finnes det detaljerte retningslinjer i det såkalte ARIA-dokumentet i forhold til sykdommens alvorlighetsgrad og varighet. Effektiv allergibehandling forutsetter allergesanering i den grad det er mulig og riktig bruk av symptomlindrende medikamenter som antihistaminer, lokale steroider, kromoglykater, leukotrienantagonister, eventuelt korte perioder med slimhinneavsvellende nesedråper. Riktig bruk forutsetter kunnskap hos pasientene. Den kunnskapen er det vi som leger som må gi dem. Det tar tid, men det er vel verdt det. Riktig bruk av riktige symptomlindrende medikamenter gir hos de aller fleste en betydelig lindring av lokale



Sverre Steinsvåg

Spesialist i Øre-nese-Hals. Avdelingsleder ved ØNH-avdelingen ved Sørlandet Sykehus i Arendal og Kristiansand. Professor ved Haukeland Universitetssykehus. Sitter i flere nasjonale og internasjonale faglige samarbeidsorganisasjoner, boards etc. HOVEDINTERESSEDOMRÅDER FAGLIG: Nese, böhuler, allergi, samspill øvre nedre luftveier. PRIVAT: Irvig amatørfiolinist, hengiven Start-fan

symptomer og en vesentlig bedre livskvalitet. Personer som, på tross av riktig bruk av symptomlindrende behandling og allergensannerende tiltak, har betydelige lokale, systemiske og livskvalitetsreduserende plager er kandidater for hyposensibilisering. Behandlingstiden strekker seg over flere år, den innebærer en liten risiko for alvorlige bivirkninger. På den annen side er hyposensibilisering en eneste tilgjengelige behandling som kan påvirke det naturlige sykdomsforlopet av en allergisk rhinitt, det vil si kunne gjøre et individ mindre allergisk, eller ikke allergisk i det hele tatt. Dette legitimerer behandlingsalternativet og bør sannsynligvis tilbys atskillig flere enn dem som får det i dag.

I henhold til gjeldende anbefalinger bør systemiske steroider forbeholdes dem som har betydelige og livskvalitetsreduserende symptomer, på tross av symptomlindrende tiltak eller fordi de av ulike grunner ikke har rukket å komme i gang med disse tiltakene. I forhold til førstnevnte, er dette pasienter som bør vurderes med tanke på hyposensibilisering. Hvis en først er i den situasjon at en må ty til systemiske steroider, kan en velge mellom injeksjoner eller tabletter. Det er et problem at vi ikke har vitenskapelig basert kunnskap om hva som er beste administrasjonsform og hva som er nødvendig og tilstrekkelig dose. Velger en injeksjoner må en være oppmerksom på risikoen for subkutane fettvevsnekroser på injeksjonsstedet med potensiell funksjonell og kosmetisk betydning. Det finnes ingen støtte i dagens retningslinjer for å bruke systemiske steroider som forebyggende behandling mot allergisk rhinitt, det vil si for å forebygge plager som enda ikke er tilstede. Systemiske steroider mot allergisk rhinitt bør derfor betraktes som en siste utvei, og før neste pollensesong bør en bestrebe seg på å finne andre løsninger.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: sverre.steinsvag@sshf.no

Vitamin D mangel og muskelsmerter

AV MORTEN MOWE

Det fettlösige Vitamin D är, samman med parathyroidehormon och calcitonin, en av de viktigaste regulatorer av kaliummetabolismen. Den första vitenskapeliga dokumentationen av vitamin D-mangel kom allerede på 1700-talet, då Whistler och Glisson för första gången beskrev sykdommen rakt.

Vitamin D (Calciferol) eksisterar i två former: Vitamin D₂ (Ergocalciferol) som är en syntetisk form av vitamin D som produceras genom UV-besträning av plantesterolet erosterol, och Vitamin D₃ (Cholecalciferol) som produceras i huden av kolesterol (som finns i epidermis på de flesta pattedyr) när den här utsetts för sollys. Det sista är vår viktigaste vitamin D-källa.

Vitamin D är egentligen ett prehormon. Detta omdannas i levern till 25(OH)D som också är inaktivt vitamin, men som används som ett mål för mängden vitamin D i kroppen. Detta metaboliseras vidare till de aktiva metaboliterna 1,25(OH)₂D₃ och 24,25(OH)₂D₃ i njurerna, och som över sina verkaner i tarm, skelettsystemet och njurerna.

Optimalt innehåll av vitamin D är 400–800IE per dag. Sollyt, tran och fet fisk är de viktigaste kilderna, men svart mängd – särskilt gamla – har låga blodverdier. Vitamin D-mangel kan ge osteomalaci, osteoporos och ökat risk för brudd.

Vitamin D är imidlertid inte bara involverat i reguleringen av benmetabolismen, men också i reguleringen av en rad olika cellulära processer, som vises genom den utspreda distributionen av vitamin D-receptorer som finns bland annat i fettvev, brusk, muskulatur och olika cancerceller.

Artikeln till Kirsten Valebjørg Knutsen i Utposten nr 1/2007 reser frågor omkring vitamin D-effekter. Här beskrivs patienter som har smärtor i proksimal muskulatur och som också har låga blodverdier av 25(OH)D (vitamin D). Efter två till tre veckor med vitamin D-tilskud bedrar symptomerna. Effekten ses inte hos dem som bara tog Omega-3-tilskud.

I artikeln beskrivs två effekter av vitamin D-tilskud: reducerade muskelsmärtor och bättre muskelstyrka. Drejer detta sig om tillfälligheter eller är det snakk om kausal sammen-



Morten Mowe

Seksjonsöverläge ved Akutt Geriatrisk sektion, Medisinsk klinik Aker Universitetssykehus. Spesialist i Indremedisin, gastroenterologi og geriatri 1997–1998. Dr.med i 1998, «Nutrition in the elderly». Leder i Norsk Geriatrisk Forening, og nestleder i Norsk Selskap for Klinisk Ernæring.

heng? Har optimalisering av vitamin D-nivåerna positiv effekt på muskelsmärtor och muskelkraft?

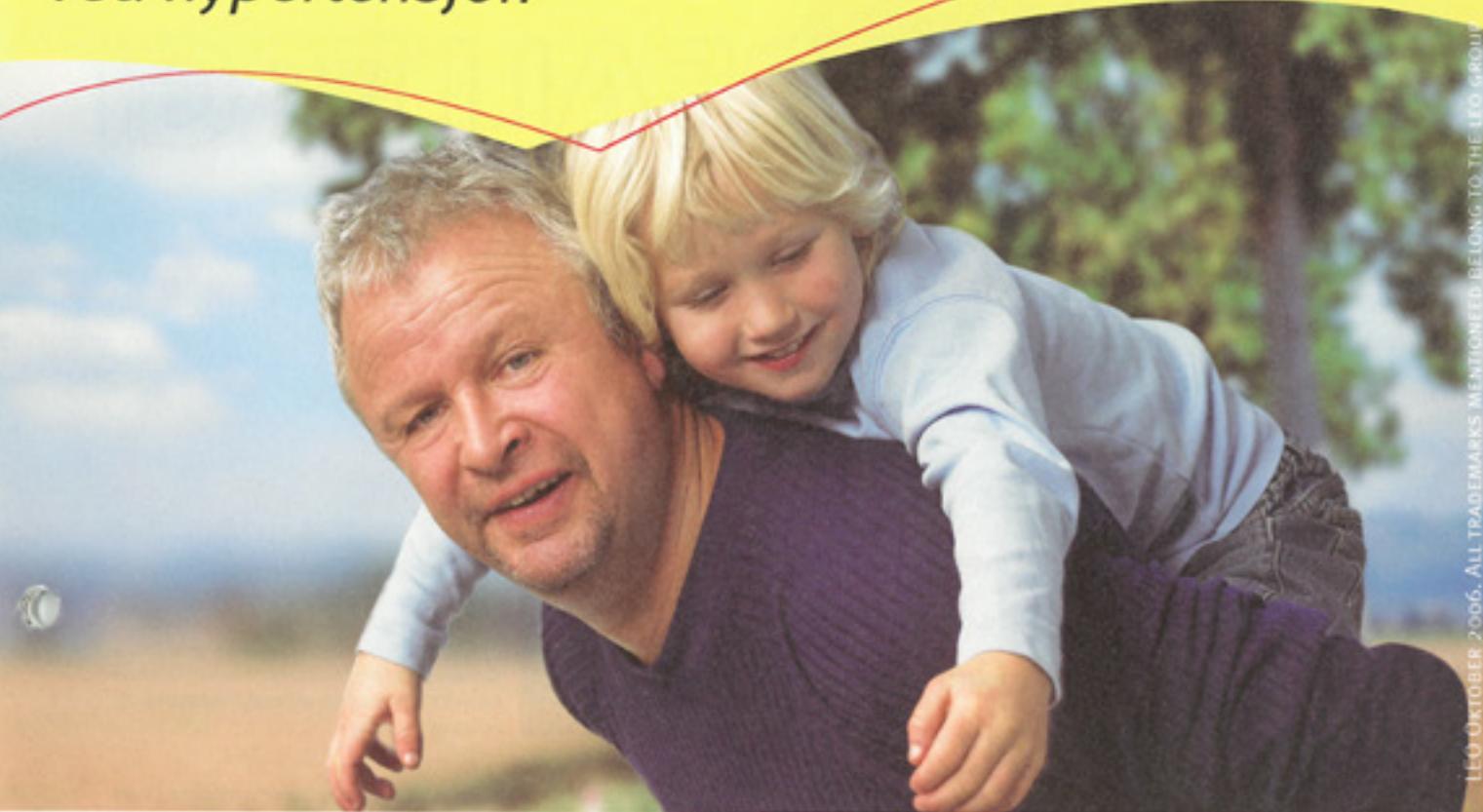
Osteomalaci är en av de klassiska mangelsyndomarna hos vuxna och skyldes mangel av vitamin D. Skelettdéformiter är inte längre vanliga att se, medan de dominanta symptomerna nu är diffuse skelettsmärtor och smärt i benen. Smärtor runt hoftebena är ofta i atypiskt område. I tillägg till detta finns muskelsmärtor – ofta svår att skilja från närliggande områden som kan uppstå på grund av skelettsmärtor. Båda smärtorna och muskelsvaghet kan leda till att patienten blir bunden till säng eller stol.

Dette viser at slike plager som Knutsen beskriver hos sine pasienter er plager som kan være relatert til vitamin D-mangel. Det er derfor forståelig at behandling med vitamin D vil kunne ha effekt. Det er stor støtte for dette fra litteraturen. Det er också dokumentert hvordan vitamin D-tilskud kan øke muskelfunksjonen, gjennom direkte påverkning av muskelleirene, slik at disse får bedre kontraksjonsvervne. Det er imidlertid mindre dokumentasjon på hvorfor vitamin D-tilskud kan redusere muskelsmärtor. Imidlertid virker vitamin D både på beincellene och bruskecellene i tillägg till nerveledningen. Det kan tenkas at den smertedempende effekten som beskrivs kan skje gjennom slike mekanismer.

Derfor ser det ut att man kan rekommendera att ta vitamin D-tilskud mot slike plager. Dersom man holder seg til anbefalte doseringer skulle det heller ikke være fare for överdosering. Studier har vist oralt innehåll av vitamin D upp till 50000IU per uke har forekommet utan beskrivne biverkningar.

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

Effektiv^{1,2,3,4} lavdosebehandling ved hypertensjon



LEO OKTOBER 2006. ALL TRADEMARKS MENTIONED BELONG TO THE LEO GROUP.

Lavdose Centyl®: Effektiv blodtrykksreduksjon ^{1,2,3,4}

Lavdose Centyl®: Opprettholder blodtrykksreduksjonen gjennom korte perioder med non-compliance ⁴

Lavdose Centyl®: Fordelaktig bivirkningsprofil ^{1,5}



Ref 1: Rasmussen S, et al.
Ref 2: Carlson JE, et al.
Ref 3: Wiggen ML, et al.
Ref 4: Girvin BO, Johnston GD
Ref 5: Psaty BM, et al.

Clin Drug Invest 2006; 26(2): 91-101.
BMJ 1990; 300: 975-978.
Am J Hypertens 1999; 12: 528-531.
J Hypertens 2004; 22: 1409-1414.
JAMA 2003; 289: 2534-44.



LEO Pharma AS

Lilleakerveien 25, 0283 Oslo, Norge
Tlf. 22 51 49 00, Fax: 22 51 49 01
www.leo.no, info.no@leo-pharma.com

LEO®

centyl® mite m. KCl
bendrofumetiazid og kaliumklorid

centyl® m. KCl
bendrofumetiazid og kaliumklorid

Centyl med kaliumklorid LJO
Centyl mite med kaliumklorid LJO

Direktkurs

TABLJETTER, dosegte: Centyl med kaliumklorid. Hver tablet inneh.: Bendrofumetiazid 2,5 mg, kaliumklorid 573 mg (slav: 7,7 mmol kalium), hjelpestoffer: Fagstoff: Jenekoid (E 172), kinolin gult (E 194), pectinfilmt (E 131), titandeksid (E 171). Søkkersweetjet. TABLETTER, dosegte: Centyl mite med kaliumklorid. Hver tablet inneh.: Bendrofumetiazid 2,5 mg, kaliumklorid 573 mg (slav: 7,7 mmol kalium), hjelpestoffer: Fagstoff: Kinolengoit (E 194), jenekoid (E 172), titandeksid (E 171). Søkkersweetjet.

Indikasjoner: Øldres: Hypertension Diabetes insipida. Profylaktisk behandling av pasienter med idiosynkratisk resulterende kaliumholdige natriu-hypertonier. **Dosering:** Det er av betydning at doseringen individuelleres og tilpasses pasientens kliniske situasjon. Øldrem: 2,5-5 mg daglig. Dosen kan gi kontinuerlig eller intermitterende effekt i 3-5 av skjema-dager. Hypertonus: Centyl med kaliumklorid. Takkost skal svælges hele 1,25-2,5 mg 1-2 ganger daglig. Lavest mulig voldskadelikke har østestoffet. Kan brukes alle en eller i kombinasjon med andre antihypertensiva. Dosen har formanns tas om norgren. Profylaktisk ved resulterende natriu-hypertonier: 2,5 mg 2 ganger daglig. **Kontraindikasjoner:** Nedsett lever- eller nyrefunksjon, med mindre høyige elektrolyttoleransene gjennomføres. Manifest urinærnegativit. Anemi, hypokalemia, behandlingsprofaktorer hypokalemia, Addisons sykdom. Overfølsomhet for bendrofumetiazid. Hypertonus under gravitet. **Forsiktighet:** Overdosering kan føre til elektrolyttiontysler. Særlig oppmerksomhet overfor hypokalemia hos eldre pasienter med hjerte- og levervikt. Serumkalium kan kontrolleres jevnlig. Ved unntakssituasjoner kan symptomene forsvares ved bruk av diuretika. Pasienter som får akutte diuretikabehandlinger har ikke stå på strøm salting fast. Nedsett karbonydrattoleransen kan kreve dosejustering av antidiabetika. Latent diabetes mellitus kan manifesteres under administrering av bendrofumetiazid eller aktivisering av systemisk lupus erythematosus eller blitt rapportert. Pasienter har informeres om at propretiene kan gi svimmelhet og hodepine, særlig i starten av behandlingen, som gir at resisjonseventen kan nobbettes. Centyl med kaliumklorid. Særlig oppmerksomhet overfor hypokalemia hos pasienter med nysvikt. Kaliumtilløpet gir ikke stilt betryggende profylaks mot kaliumtap, og ved kaliummangel vil kaliumtilløpingen være utstrekkelig. Pasienter med sjeldne avlegende problemer med karbohydrattoleransen, glukose-6-fosfaturidol-sykesogn eller sukrose-nonsukrose-sykesogn har ikke få dette legemletet pga. innhold av sukkrose. **Interaksjoner:** Potensiering av den antihypertensive effekten ved kombinasjoner med andre hypertensivmedisin. Særlig bruk av digitoxinglykosider kan gi hypokalemia og forstørre digitalisefekten. Serumkalium har kontrollert regelmessig. Særlig bruk av litium kan øke karbohydrattoleransen i plasma. Serumkalium må kontrolleres regelmessig. Særlig bruk av tiazider kan øse renin-aryten. Særlig bruk av kolostol reduserer absorpsjonen av bendrofumetiazid. Målene bør tas med flere timer mellomfra. Særlig bruk av NSAID kan motvirke den antihypertensive effekten av Centyl med kaliumklorid. Må ikke gi sammen med kaliumspredende diuretik. (I: CDOA low-ceiling diuretika, nandrol) **Gevaldligstil/Anmaling:** Overgang i plasente. Står ikke brukas ved prøvelampen. Farmakodynamiske effekter som elektrolyttiontysler, redusert plasmatrombos og neonatal trombocytopeni kan være skadelig for fisten. Behandling av granskjønn må bare dje på streng inklusjon. Overgang i monomelic. Gje over i monomelic og last høste latenter. Det er sannsynlig at bens som innnes kan plakkes ved tempeplastiske dører. Prøveret skal derfor ikke brukes ved tempe. **Bivirkninger:** Hype (1-100); Gastrentestende: Kostde, oppkast, diarr, obstrusjon. Metabolisk: Hypokalemia, hypotension, føleløsde sensoriskevernden, plakkering av karbohydrattoleren. Sekundær: Postural hypotension. Ørige: Hodepine, hodepine, nethet, slapphet. Mindre høyige: Hud: Utset, klo, fotoversensibilisering. Metaboliske: Hypoglykemi, hypoklemia, hypoklemia-alkosie. Muskel-skelettsystemet: Myali, muskellempfer. Ørige: Hypokalemia, impotens. Sjeldne: (1-10/1000) Efed: Trombocytopeni, trombocytopeni, bloddykkere. Hud: Vaskulære: Uregelmessig. Plekket myofibrion. Ørige: Allergiske reaksjoner: Centyl med kaliumklorid. Med langsom temposassj og ved voldsomliggjort osmofugassjonsprøve kan kaliumklorid i omtrentlig rørses-form i enkle tilfeller forårsake lokale utløpinger. Andre: **Opplysnings:** Bendrofumetiazid kan gi utslag på prøver ved dopingkontroll. **Pakking og prisar:** Centyl med kaliumklorid: 100 stk. kr 175,80. Centyl mite med kaliumklorid: 100 stk. kr 106,30. T: 60, 120/2, 270/2.

Refusjon: 125/02. Ved oppstart av behandling for ukomplisert hypertension (ikke hypotensiv organiske, urinærnegativit, nedsett glukosetoleranse eller ubehandlet diabetes) skal bendrofumetiazid eller bendrofumetiazid/kaliumklorid ikke brukes først. Andre legemidler mot hypertension kan anvendes som første valg dersom bendrofumetiazid ikke kan brukes. Anslut til at bendrofumetiazid ikke kan brukes skal angi i journalen. Sent endret: 30.10.2006

MATVAREALLERGI hos barn

AV JAN HOLT

Barn har hyppigere allergi mot matvarer (5–6 prosent) enn voksne (1–2 prosent). Hyppigst er det reaksjoner på kumelk (2,5 prosent), egg (1,3 prosent), peanøtter/andre nøtter (1 prosent) og fisk (0,1 prosent) (1,2). Det er viktig å kunne diagnostisere de barna som er sensibilisert og reagerer på matvarer fordi de trenger spesiell diett og oppfølging. Mange barn utvikler over år toleranse for de aktuelle matvarene de har reagert på som spebarn. De trenger fornyet vurdering, og mange kan da få normalisert en streng diett som ikke er nødvendig lenger.

Intoleranse og allergi

Intoleranse beskriver en ikke-immunologisk reaksjon på matvarer eller tilsetningsstoffer. Allergi er en hypersensitivitets reaksjon forårsaket av spesifikke immunologiske mekanismer. Med matallergi forstår vi vanligvis en gruppe tilstander karakterisert ved en unormal eller øket immunologisk respons på spesifikke matvareproteiner som kan være IgE mediert eller non-IgE utløst. (f.eks atopisk dermatitt, coeliaci, proctocolitt, Heiner syndrom). IgE reaksjoner skjer etter forutgående sensibilisering hvor barnet produserer spesifikke IgE som binder seg til mastceller og basofile leukocytter i gastrointestinal tractus. Når disse IgE antistoffene reagerer med aktuelle allergen (proteiner i matvarer), skjer det en degranulering av mastceller med frigjøring av vasoaktive aminer og cytokiner og syntese av en rekke aktive metabolitter fra arachidonsyre. Barnet merker raskt hevelse i leppe og tunge. Det kan også bli oppkast,



Jan Holt

Spesialist i barnesykdommer fra 1978, avd overlege ved barneavdelingen i Bodø fra 1982 og deltidstilting som førstearnemunders ved UITØ fra 2001 etter at jeg disputerte på avhandlingen: «Studies in perinatal care from a sparsely populated area». Mine hovedinteresser har vært astma/allergi, enurese, nyfødtmedisin og barnecardiologi.

diaré, symptomer på asthma, rhinoconjunctivitt eller i mer alvorlige tilfelle anafylaktiske reaksjoner (tung pust og hypotensjon). Noen utvikler kryssreaksjoner. For eksempel er det ikke uvanlig at bjørkepollen allergikere kan reagere på forskjellige frukter som eple, pære, nektariner eller gulrot. Mer enn 50 prosent av de som reagerer på latex reagerer også på kiwi, banan eller andre frukter.

Diagnostikk

Barnet kommer til legen pga symptomer som i noen tilfelle kan være dramatiske, f.eks spebarnet som har reagert med respirasjonsbesvær og urticaria da han/hun første gang fikk morsmelktilllegg. I andre tilfelle kan symptomene være mer usikre, f.eks løs avsøring, magesmerter, forverring av atopisk dermatitt.. I utredningen er det viktig å få frem hvilke symptomer barnet har og hvilke matvarer foreldrene misstenker, og om symptomene kommer i tilslutning til inntak

TABELL 1.
*Spesifikke IgE: Terskeleverdier for 95 prosent.
Positiv- og negativ prediktiv verdi (PPV, NPV) (Ref 6)*

Matvare	PPV 95 %	NPV 95 %
Egg	7 (11–13)	0.6
Kumelk	15	0.8
Peanøtt	15	0.35
Fisk	20	0.9
Soya protein	> 65	2
Hvete	100	5



MELK: JÓZSEF SOCSZAKÁBNÁN, EGG: MIKA NÖRTER, DUSAN ZDAR

Sunn mat kan også være farlig.

av disse eller senere. Hvor mye må det til før barnet reagerer, og har det skjedd flere ganger?

Noen ganger er sykehistorien så typisk at man kan antyde at det overveiende sannsynlig har dreid seg om en straksallerisk reaksjon på et fødemiddel. Men oftest bør sykehistorien suppleres med prikktest eller måling av spesifikke IgE mot mistenkede matvarer. Disse undersøkelsene sier noe om og i hvilken grad barnet er sensibilisert mot det mistenkede allergen. Positive tester kan styrke mistanken om allergi, negative tester utelukker i stor grad IgE mediert allergi. Eliminasjon og provokasjonstester er ofte tidkrevende, men gir i mange tilfelle fasit.

Prikktest

Denne testen utføres ved at en dråpe allergenekstrakt eller «rå matvare» legges på huden, og man stikker en lansett gjennom denne og en millimeter inn i huden. For kontroll legges samtidig en positiv (histamin) og en negativ (opplosningsmiddel) kontroll. Testen avleses etter ca 15 minutter. Urticalignende hevelse på størrelse med histamin betegnes som 3+ reaksjon, dobbelt så stor 4+ osv. I de siste årene er det blitt vanlig å angi diameter på urtica i millimeter. I en australisk undersøkelse (3) fant man for barn under syv år at en prikktest større enn 6 mm for kumelk, 5 mm for egggehvit og 4 mm for peanøtter ga en positiv prediktiv verdi (PPV) på 100 prosent for allergi. For hvete og soya har det vært vanskelig å vise entydige «cut-off» verdier (4). Det er antatt at prikktest er mer sensitiv enn spesifikke IgE målinger (5).



Spesifikke IgE

Spesifikke IgE målinger har vært anvendt for å predikere symptomatisk matvareallergi. Laboratoriene angir ofte som positiv eller negativ test en verdi på over/under 0,35 kU/L. Bruker man denne verdien som terskelverdi, gir testen en PPV på bare 2–30 prosent. Om man ønsker høyere PPV – f eks 95 prosent – må man anvende høyere verdier som vil være forskjellig for hvert enkelt allergen.

Resultater fra en amerikansk undersøkelse (6) er vist i TABELL 1. Senere har andre (4) vist at terskelverdier for spesifikke IgE varierer mye, trolig avhengig av hvilken populasjon som er studert og alder på barnet.

Lappetester

Kombinasjon av lappetester (atopy patch tests) med prikktest eller spesifikke IgE har vist seg nyttig i noen tilfelle, f eks i diagnostikk av hveteallergi (4). Slike tester er imidlertid tidkrevende og noen ganger vanskelig å bedømme. Få har erfaring med slike tester i Norge i dag.

Eliminasjon og provokasjonstester

Foreldrene har ofte tatt bort den mistenkede matvaren før de kommer til legen. Dersom symptomene derved er blitt borte, må man vurdere hvor sterk reaksjonen har vært, og om man skal tilrå åpen provokasjon med mistenkten matvare. Ved uklare abdominale symptomer som diaré, magesmerter og lignende kan man ofte tilrå at det etter tre ukers eliminasjon utføres en åpen provokasjon. Får barnet da symptomer som tidligere, gjennomføres eliminasjon i nye tre

uker etterfulgt av ny provokasjon. Kommer det nå for tredje gang samme symptomer, kan man med relativt stor sannsynlighet anta et disse skyldes aktuelle matvare. Åpen provokasjon kan man også utføre for de som har spesifikke IgE < 0.35 kU/L eller negativ prikk test. Barn som er sensibilisert mot hvete, men som aldri har reagert på matvarer laget av hvete, kan også provoseres åpent.

For barn som har reagert på kumelk eller egg i de første levdørene, melder spørsmålet seg ved ca fem års alder om de nå har fått toleranse for disse matvarene og om de kanskje kan normalisere kosten. Indikasjoner på at de har utviklet toleranse, kan være opplysninger om at de tilfeldigvis har spist matvarer med egg eller melk i uten å reagere. Andre tegn kan være reduksjon i prikktest eller i spesifikke IgE. For større barn vil en verdi for spesifikke IgE for kumelk på 8–15 kU/L eller for eggehvit på 2–6 kU/L være forenlig med åpen provokasjon i barneavdeling. Dersom spesifikke IgE verdier holder seg høye, for kumelk, peanøtter eller fisk på mer enn 60 kU/L, for eggehvit > 20, er sannsynligheten for at barnet utvikler toleranse liten.

Kontrollerte provokasjonstester blir ansett som gullstandard i diagnostikken. Tester hvor man provoserer dobbelt blindt med allergen eller placebo matvare (DBPCFC tester) er tidkrevende. Slike tester anvendes helst etter lengre tids eliminasjon og i tilfelle hvor det er ønskelig å stille en riktig diagnose ved uklare symptomer. Barn som har hatt anafylaktiske reaksjoner på matvarer, skal ikke provoseres.

Oppfølging

Foreldre til barn med moderate og alvorlige allergiske reaksjoner på matvarer trenger informasjon og opplæring. I tilfelle hvor det er aktuelt med kostendringer i de første levdørene, er det viktig med rådgivning fra klinisk ernæringsfysiolog. Det bør lages en plan for hjem og skole med tanke på hvordan barnet skal unngå aktuelle allergen, og det bør informeres om symptomer på allergisk reaksjon. Etter anafylaktiske reaksjoner bør det skrives ut resept og undervises i bruk av EpiPen Jr.

Følgende instruksjon bør gies ved utskrivning av resept på Epi-penn:

Ved moderate reaksjoner:

- Hovner i lepper, ansikt, øyne
- Urticaria, magesmerter, oppkast

– Vær sammen med barnet, gi eventuelt antihistaminer, finn frem EpiPen Jr, kontakt foreldrene hvis de ikke er til stede, se etter symptomer på anafylaksi

Anafylaksi

- Respirasjonsbesvær
- Blir hoven i tunge og svele
- Vansklig for å snakke, hes stemme
- Ekspiratorisk stridor eller vedvarende hoste
- Blek, slapp, tap av bevissthet – kollaps

– Hvis barnet tidligere har hatt alvorlige symptomer som ved anafylaksi etter inntak av matvare og nå får lignende symptomer kort tid (minutter) etter matinntak – bruk EpiPen Jr, ring ambulanse, hvis tvil – bruk EpiPen Jr.

Indikasjon for bruk av EpiPen er alvorlige anafylaktiske reaksjoner, og de som har hatt slike reaksjoner bør få utskrevet EpiPen. Ikke alle fødemiddelallergikere har hatt sterke reaksjoner med symptomer fra luftveier og sirkulasjon og de trenger ikke være utstyrt med adrenalin. I USA dør det noen få barn hvert år pga alvorlig fødemiddel anafylaksi, oftest forårsaket av allergi mot nøtter. Barn med sterkt sensibilisering for nøtter bør holde seg borte fra nøtter. Hvis de uforskyldt kan bli utsatt for inntak av nøtter og bør slik til at kvalifisert hjelp ikke kan påregnes, bør de utstyres med adrenalin.

Mer informasjon om anafylaksi og bruk av EpiPen finnes på www.foodallergy.org.

Referanser

1. Hest A, Halken S. A prospective study of cow milk allergy in Danish infants during the first 3 years of life. Clinical course in relation to clinical and immunological type of hypersensitivity reaction. *Allergy* 1990; 45: 587–96
2. Young E, Stoneham MD, Petruccelli A et al. A population based study of food intolerance. *Lancet* 1994; 343: 1127–30
3. Sporik R, Hill DJ, Hosking CS. Specificity of allergen skin testing in predicting positive open food challenges to milk, egg and peanut in children. *Clin Exp Allergy* 2000; 30: 1540–6
4. Niggemann B, Rolinck-Werninghaus C, Möhl A et al. Controlled oral food challenges in children – when indicated, when superfluous? *Allergy* 2005; 60: 865–70
5. Hill DJ, Heine RG, Hosking CS. The diagnostic value of skin prick testing in children with food allergy. *Pediatr Allergy Immunol* 2004; 15: 435–41
6. Sampson HA, Ho DG. Relationship between food specific IgE concentrations and the risk of positive food challenges in children and adolescents. *J Allergy Clin Immunol* 1997; 100: 444–51

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: JanHolt@nlsh.no

Circus medical lupelampe fra Luxo



Circus medical lupelampe er en effektiv lysarmatur og en moderne lupelampe i ett. Elegant i design og med stor fleksibilitet. Lupelampen er velegnet til bruk i omgivelser hvor det også stilles høye estetiske krav. Godkjent i h.h.t. EN60601-2-41.

- stor fleksibilitet og enkel i bruk
- stabil arm
- gir et høyt lysutbytte med minimum av varme
- 3.5 diopter rund glasslinse er standard
- tilleggslinser på 4 og 6 dioptrier kan leveres
- ekstraordinært høyt lysutbytte
- leveres med AH bordfeste
- kan også benyttes på trolleystativ 8990-028-1
- det 22W T5 høy-effektive sirkellysroret gir hele 1800 lumen og høyfrekvent flimmerfritt lys

Medinor ASA Oslo
PB 94 Bryn
0611 Oslo
Tlf. 22 07 65 50
Fax. 22 07 65 05

Medinor ASA Bergen
PB 303 Sentrum
5804 Bergen
Tlf. 55 94 83 10
Fax. 55 34 23 34

Medinor ASA Sandnes
Luramyrveien 11
4313 Sandnes
Tlf. 51 63 79 79
Fax. 51 63 79 80

Medinor ASA Trondheim
Travbaneveien 1
7044 Trondheim
Tlf. 73 82 64 50
Fax. 73 82 64 60

Legene og attestene

Om attestter, etikk og legerollen

AV ANNE MATHILDE HANSTAD

Innledning

Utposten har bedt om noen «drypp» fra Rådet for legeetikk; noen drypp som kan være praktiske eller spennende, og kan hende til og med nyttige i en travel allmennpraksis. Jeg er fastlege i en praksis som drar på åra, og gjenkjenner mange av problemstillingene som bringes inn for Rådet. Det er lærerikt å delta i debatter og vurderinger som ikke skal uttale seg verken om faglig innhold eller vurdere saker som har karakter av tilsynssaker.

I håp om at temaet «attester» kan bli mer gjenkjennelig for leserne, forsøker jeg å skrive både fra hverdagen i praksis og ut ifra anvendelse av Etiske regler for leger. Til hverdags er jeg i en praksis på landet; der pasientmøter og travelhet er slik som Utpostens lesere helt sikkert kjenner den!

Etiske regler for leger

er nyttige å lese igjen og igjen. Det er ikke slik at de angår «bare de tillitsvalgte», eller «bare er et langt register på hvert eneste landsstyremøte». Etiske regler angår hver eneste lege i tusenvis av kontakter med pasienter gjennom et legeliv. De er ikke foreldet og er ikke unyttige, i stor grad er de hjelpegrønne og veiviser.

Noen har sagt at for å drive ordentlig allmennpraksis, bør man lese Normaltariffen minst en gang halvårlig. Jeg vil si det samme om Etiske regler, men hevde at de bør repeteres «ved behov». For min del er det ganske ofte!

Sjekk bare opp, kjære leser. Både Etiske regler for leger og årsberetningene fra Rådets arbeid finner du på www.legeforeningen.no; lett tilgjengelig. Reglene finnes også i «Legealmanakken»!

Attester

Attester er tilegnet et eget kapittel i «Etiske regler for leger»; kapittel IV. Jeg over meg i å bruke kapitlet i daglig praksis. I min praksis er det oftere og oftere slik at pasienten på slutten av en konsultasjon, ved henvendelse i luka, eller på telefon, etterspør en «attest»/en legeerklæring som vedlegg til mange ulike formål. I likhet med dere dynges jeg



Anne Mathilde Hanstad

Anne Mathilde Hanstad, f. 1953.

Spesialist i allmennmedisin.

Arbeidet i samme distrikt i Ryfylke fra 83.

Driver sammen med mann og kollega Rådhusgaten legegruppe i Jærpeland sentrum.

Glad i faget og i pasientene, og har altid hatt «noe ved siden av»; fra kurskomite til spesialtetskomite, Apilstyret, sentralstyret, og nå medlem av SOP styret og Rådet for legeetikk.

ned av forespørsler fra forsikringsselskaper, NAV, reiseselskaper og andre.

Det er lett for å gå seg vill i egen travelhet; og skrive «på bestilling» for pasienten; så er det «ute av verden». Det kan det hende det ikke er på det viset. Det er da det er lett å sette seg fast i myra; og det er da kapittel IV i etiske regler er et nyttig hjelpemiddel.

Hva slags klager fikk Rådet om Attester i 2006?

1. Et forsikringsselskap mener at en legeerklæring var mangelfull, og at legen hadde tilbakeholdt viktige opplysninger av betydning for saken (utbetaling av forsikring)
2. Et forsikringsselskap innklager en lege som har påtatt seg å utferdigene en erklæring for så å ikke gjøre det.
3. Enda et forsikringsselskap klager på at opplysninger holdes tilbake.
4. En tidligere ektefelle til en pasient klager på en legeerklæring som han/hun mener ikke oppfyller kravet til nøytralitet.
5. Enda en tidligere ektefelle innklager en lege for uttale om klager i en attest utstedt til ekspartner..osv.

Er det noen oppskrift på hvordan disse «klagene» lett kunne vært unngått?

Som fastleger er det mange av oss som kjenner våre pasienter godt. Vi har behandlet dem over år; vi ser deres lidelser og plager, og vi har nok, mange av oss, et genuint ønske om å «gjøre det beste» for pasienten. Dette «beste» må være i overensstemmelse med sannheten, og det må være objektivt, i den grad det er mulig.

ETISKE REGLER FOR LEGER

Kapittel IV,

§1

En legeerklæring er en uttalelse fra en lege angående en persons helsetilstand. Legeerklæringer omfatter f.eks utfylte skjemaer til trygdemyndighetene, attestere til forskjellige formål og sakkyndighetserklæringer.

§2

En lege skal ikke avgjøre en legeerklæring dersom han/hun er i tvil om sin habilitet. Dersom legen mener at det saklige grunnlag for å utstede erklæringen ikke er til stede, skal erklæring ikke avgis.

§3

En lege skal bygge sine erklæringer på nødvendig innhentet informasjon og på så omfatende undersøkelser som formålet tilsier.

§4

En legeerklæring skal gi tilstrekkelig informasjon til å fylle sin hensikt og skal være objektiv og nøytral i sin form. Relevante opplysninger må ikke forties eller fordeles. Erklæringen skal ikke inneholde informasjon som går utover formålet. Når medisinske dokumenter laget for andre formål brukes som vedlegg, skal det i særlig grad tas hensyn til taushetsplikten.

§5

Erklæringens adressat, formål, legens forhold til angjeldende person og grunnlaget for legens kunnskaper om personen skal fremgå klart av en legeerklæring. Skriftlige erklæringer skal utformes som et selvstendig dokument og må være daterte og underskrevet.

§6

den person som en legeerklæring gjelder har i alminneligheit rett til informasjon om innholdet i en legeerklæring.

Mange av oss legger oss til uvaner/forglemmelser i formuleringer. Attester og legeerklæringer er ikke «møtereferat» eller «til beste for den som spør» papirer; det er dokumenter som blir brukt i ulike sammenhenger; i forsikringssaker og i rettsaker, for eksempel.

Det er ikke så komplisert, som det kan høres, å tenke gjennom noen viktige prinsipper for egne attestar. Det er med disse som det er med andre saker i den daglige driften; gode rutiner er sannsynligvis en viktig botsøvelse for oss alle!

Det er få attestar det «haster med» på øyeblikket, og jeg fremmer en påstand om at det er få attestar/erklæringer det tar svært lang tid å skrive. Kan ikke pasienten hente attesten om noen dager, så jeg får ro til å tenke over innholdet? Da må pasienten også betale det det koster; et honorar som skal være rimelig i forhold til arbeidet mitt. (kap.I, § 8). Men jeg har erfart noen ganger at når jeg sier at «da må jeg skrive det du sier, og slik det faktisk er», at pasienten frafaller forespørselen.

Et eksempel på dette er ulike uttaler til skole, forsvar og egen advokat. Det tar seg unektelig ikke helt bra ut når veltrenede Per stiller på sesjon med en attest der det står at «Per sier han har mye ryggplager, men han trener daglig på helsestudio». Leseren kan oppfatte det siste som uhøflig overfor pasienten fra min side; men det er faktisk en beskrivelse. Det kan nok hende at Per har oppsøkt meg noen ganger med ryggplager; men jeg har ikke funnet noe galt, tvert i mot har jeg undersøkt en veltrenet ung mann. Da må

jeg også skrive det, eller forklare Per at jeg ikke vil råde ham til å be meg om en slik «attest».

Gode attestar, og riktige attestar skal

- Være en uttalelse om pasientens helsetilstand!
- Ha en adressat (er det et forsikringsselskap, en advokat, en attest til skolen, et vedlegg til selvangivelsen osv?)
- Ha en setning om formålet med attesten/erklæringen. (Er det «på forespørsel fra pasienten», en beskrivelse av pasientens tilstand for å frita fra en oppgave, et oppdrag fra et forsikringsselskap, en uttalelse til NAV osv? Skal attesten/erklæringen brukes av pasienten for å «oppnå» noe spesielt?)
- Være objektiv i den grad det er mulig. Har pasienten målbare plager som følge av et brutt forhold, eller «sier pasienten at...»? Er det «sikkert» eller «sannsynlig» at...? Kan pasientens plager tilskrives en spesiell hendelse (som ville utløse en forsikring), eller henger plagene sammen med hendelser/sykdommer som ligger lengre tilbake i tid (og således vil gi en annen type utbetaling i ulike forsikringsavtaler?)
- Ha en nøytral form. Det er for eksempel ikke nøytralt å fremme påstander om personer legen ikke kjenner. Legen kan ikke uttale seg sikkert om at «pasienten har i årevis vært utsatt for trakkassering fra...», men kan skrive at «pasienten har beskrevet at hun/han føler seg trakkert»
- Gi svar på de spørsmål som blir stilt på en tilfredsstillende måte. Det er ikke i overensstemmelse med Etiske regler for leger å ikke ta med opplysninger fordi man tenker «det beste for min pasient». Foreligger det opplysninger som kan ha betydning for saken og erklæringen til den

aktuelle adressaten, er legen pliktig til å gi disse, selv om det vil falle negativt ut for pasienten.

- Ikke omtal tredje person som legen ikke kjenner.
- I formuleringene gjerne vise til usikkerhet og kilde for opplysningene. I stedet for å komme med en setning som gir uttrykk for å være sannheten, skriv at «pasienten sier at», «det kan se ut som at», «det er sannsynlig / ikke sannsynlig at», «jeg har ikke grunnlag for å», «det er min vurdering at» etc.
- Være formulert slik at den er forståelig for mottaker og for den det angår. Den siste har rett til innsyn i og gjerne kopi av attesten / erklaringen.
- Være daterte og signerte! Sørg for å arkivere en kopi i pasientens journal.

Smågruppene – en ide til dere?

Et forslag til lering: Hva med å ta fram etiske regler for leger og anvendelsen av dem som en del av smågruppmø-

tene rundt om? Bare fantasien setter grenser for anvendelsen: Et tema hver gang det er kasuistikkmøte? Et møte for hvert kapittel i Etiske regler? Kasuistikken der kommunikasjon/etikk settes i fokus? Utfordringen sendes ut i landet via Utposten!

Referanser

Etiske regler for leger (www.legeforeningen.no)

Beretning 010106-31.12.06 for Rådet for legeetikk (www.legeforeningen.no)

Utposten nr 8, 2006c: «Profesjonell-personlig-privat»

Note

Opplistingen av eksempler på klager til Rådet for legeetikk, kan gjenfinnes i Rådets årsberetning på nettet, og er ikke personidentifisert.

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

UTPOSTEN TETT PÅ!

Desmopressin "Alpharma"

Desmopressin

ATC-nr.: H01B A02

C

Ti 6e, 40b (Se Vilkår for refusjon)

Declarasjons: NESESspray 10 microg/dose; Hver dose (0,7 ml) inneh.: Desmopressin, acet. 10 microg (aequ. desmopressin, 8,9 microg), natri. chlorid, kal. sorb. 160 microg et acid. hydrochloric, q.s., aqua purif. ad 0,1 ml.

Indikasjoner: Primer nattlig enuresis f.o.m., 5-årsalder hos pasienter hvor bruk av enureseklarm ikke finnes helsekunnsdig. Pasienten må ha normal evne til å konseptre urin. Hypofysær diabetes insipidus. Polyuri-polydipsi syndrom etter hypofysektomi. Diagnostisk bruk: Testing av myernes evne til å konseptre urin.

Dosering: 1 spraydose gir 10 microg desmopressinacetat. (Ved lavere dose enn 10 microg må annet legemiddel som inneholder desmopressin anvendes.) Enuresis nocturna: Doseringen er individuell og varierer mellom 10 og 40 microg intranasalt. Vanlig initialdose er 20 microg intranasalt om kvelden. Behandlingen av enuresis er symptomatisk. Behandling i perioder à 3 måneder. Minst 1 ukles pause mellom behandlingsperiodene, før å se om pasienten er blitt sunt. Hypofysær diabetes insipidus og polyuri-polydipsi syndrom etter hypofysektomi: Individuell dosering iht. urinvolum og osmolaritet. Begynn med lav dose. Normaldosering: Voksent: 10-20 microg 1-2 ganger daglig. Barn: 5-10 microg 1-2 ganger daglig. Diagnostisk for testing av myernes konserneteringsevne: Normaldosering: Volym: 40 microg gitt som 20 microg i hvert nesebør. **Barn over 1 år:** 20 microg. Barn under 1 år: 5-10 microg. Etter administrering kastes ev. urin fra 0-1 time. Under de nærmeste 8 timer samles 2 urinposper for osmolaritetsbestemmelse. Se for øvrig pakningsvedlegg.

Kontraindikasjoner: Habituell og psykogen betinget polydipsi, inkompensert hjerte-svikt, behandling med diuretika.

Forsiktighetregler: Ved behandling av enuresis skal væskelinntaket begrenses til minst mulig i perioden 1 time før til 8 timer etter dosering. Ved diagnostisk bruk skal væskelinntaket begrenses til 0,5 liter for å slukke tensten i perioden 1 time før til 8 timer etter dosering. Substanse som er kjent for å frisette ACh, feks. trisyklike antidepressiva, klorpromazin og karbamazepin, kan forstørke en additiv antidiuretisk effekt med økt risiko for vannretensjon. Indometacin kan påvirke starmelen av antidiuresen. Nyrekonsentreringstest på barn under 1 år bør bare utføres på sykehus og under nøye overvåking. Forsiktighet med inntak av væske hos meget unge og eldre pasienter, hos

pasienter med hjertesvikt, ved ubalanse i væske- og/eller elektrolyttinnivålene samt ved risiko for akut intrakranial trykk. Ved tegn på væskeretensjon bør behandlingen avbrytes.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. Dyrestudier indikerer ikke reproduksjonsstoliske effekter. Bruk under graviditet bør unngås hvis ikke fordelen oppveier en mulig risiko. Overgang i morsmelk: Desmopressin går over i morsmelk, men da det er lite sannsynlig at peptider absorberes i barnets matve-tarmkanal kan preparatet benyttes under amming.

Bivirkninger: Hypotone (mer enn 1/100). Gastrointestinale: Mavesmerter, lavalme.

Lufthet: Nesebetennelse, rhinitis, nesebleddning. Øvrige: Headpine. Behandling uten samtidig væske-restriksjon kan føre til vannretensjon med medfølgende tegn og symptomer (edusert serumnatrium, vektsøkning, og i alvorlige tilfeller kramp).

Overdosering/Forgiftning: Ved overdosering bør Giftinformasjonen kontaktet. Overdosering øker fare for vannretensjon og hyponatremi. Behandling av hyponatremi bør individualisert. Asymptomatiske hyponatremi behandles med avbrytelse av desmopressinbehandling og væskerestriksjonen. Oppstår symptomer behandler en med infusjon av isoton eller hyperton natrikumkloridoppløsning. Ved alvorlig væske-retensjon (kramp og bevisstløshed) behandles det videre med furosemid.

Egenskaper: Klassifisering: Desmopressin er en syntetisk strukturanaalog til det naturlige humane hypofysibakkapphormonet argininvasopressin. Virkningsmekanisme: Desmopressin skiller seg fra det naturlige hormonet ved at aminogruppen i cystein er fjernet og L-arginin er erstattet med D-arginin. Disse strukturelle forandringer resulterer i en betydelig forlenget virkhet samtidig med at en ved klinisk aktuell dosering ikke får noen pressoreffekt. En intranasal dose på 10-20 microg gir antidiuretisk effekt i 8-12 timer. Max. plasmakonsentrasjon oppnås etter ca. 1 time.

Vilkår for refusjon:

40-til 40b: Refunderes kun for enuresis nocturna.

Pakninger og maksimalpriser (pr. 04.01.2007):

Vnr 547984 CT Desmopressin, 10 microg/dose mesespray, 5 ml sprayflaske, kr 429,50
Vnr 548008 CT Desmopressin, 10 microg/dose mesespray, 3 x 5 ml sprayflaske, kr 1 219,80

Om pasientjournalen – sakset fra lover og forskrifter

AV ROLF JØRGEN BREDESEN

Journalen har bokstavelig talt mange sider. Legearbeidet kvalitetssikres ved god journalføring, den er legens verktøy for å yte forsvarlig helsehjelp. Journalen kan tjene som kommunikasjon mellom samarbeidende helsepersonell. For helsetilsynet danner pasientjournalen grunnlagsmaterialet ved tilsynsaker.

Legers plikt til å føre journal reguleres av flere lover og forskrifter, hvorav lov om helsepersonell og lov om pasientrettigheter har størst betydning. Lov om behandling av personopplysninger, forvaltningsloven og helseregisterloven er også relevante. Forskrift om pasientjournal sier noe om hva en kan forvente av innholdet i en journal.

Rett til innsyn i journal

Pasienten har rett til innsyn i og kopi av sin egen journal (pasientrettighetsloven kap. 5). Dersom det er påtvingende nødvendig for å forhindre fare for liv og helse, kan imidlertid pasienten nektes innsyn. I følge skriv fra fylkeslegen i Nordland brukes akutt psykiatri som eksempel, dersom kjennskap til journalopplysninger vil føre til at pasientens helsetilstand forverrer seg.

En pasient som nektes innsyn i sin egen journal, har rett til å få oppnevnt en representant med innsynsrett. Dersom representanten er lege eller advokat, skal det særlige grunner til for å nekte journalinnsyn.

Dersom en journal inneholder opplysninger om pasientens nærmeste, og helsepersonellet ikke finner det tilrådelig å gjøre pasienten kjent med dette, kan man nekte innsyn. Ordet «tilrådelig» kan sikkert tolkes relativt vidt og jeg har ikke funnet eksempler fra virkeligheten som kan illustrere innsynsnekt på dette grunnlaget. De nærmeste pårørende har innsynsrett etter pasientens død dersom ikke særlige grunner taler mot dette.

Journalens innhold

Helsepersonellovens §40 sier noe om hva journalen skal inneholde. Dette utdypes i forskrift om pasientjournal. Innholdet skal være relevant og nødvendig. Opplysningene skal være i tråd med god yrkesskikk. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell. Det må framgå hvem som har ført opplysningene i journalen. I tillegg til rent kliniske opplysninger, skal det i journalen også framkomme hvorvidt pasienten har samtykket eller mot-



Rolf Jørgen Bredeesen

Hør studert medisin i Tyskland 1996–2001, Marburg i Hessen. Deretter jobbet på Ski sykehus i Akershus, før 3 år på Levanger sykehus med kirurgi og gynækologi. Tidligere vært litt engasjert i norsk medisinstudentforening. Siden 2004 kommunelege i Sømna på Helgeland.

satt seg helsehjelp. Dersom krav om retting ellers sletting ikke etterkommes, skal det framgå at pasienten er gjort kjent med klageadgang. Hvis journalopplysninger er gitt til annet helsepersonell eller andre etater (barnevern, politi), skal dette journalføres. Forskriften setter et krav om at helseinstitusjoner skal utpeke en person, som har det overordnede ansvaret for den enkeltes journal. Helsetilsynet har gjentatte ganger påpekt mangefull journalføring hos helsepersonell. Generelt er det for lite informasjon om sykehistorie, observasjoner og funn, i det hele tatt hva som ligger til grunn for beslutninger om behandling.

Om retting og sletting av journalopplysninger

Dette er regulert i både pasientrettighetsloven og helsepersonelloven. Pasienten eller den som opplysningen gjelder, kan kreve at journalopplysninger korrigeres eller fjernes. Det stilles imidlertid visse krav. Feilaktige, mangelfulle, belastende eller misvisende opplysninger skal slettes eller rettes. «Belastende» opplysninger kan forresten være både sanne og nødvendige og ikke uten videre kreves slettet. Opplysninger som ikke er nødvendige for å gi helsehjelp kan derimot kreves slettet. Hvis kravet om retting eller sletting avslås, kan dette påklages til det lokale helsetilsyn som igjen innhenter uttalelse fra Datatilsynet.

Sperring av journal

Hovedregelen er at journalopplysninger kan utlevers til annet helsepersonell, når det er nødvendig for å gi helsehjelp på en forsvarlig måte. Dette framgår av helsepersonellovens kapittel 8. Pasienter har allikevel rett til å motsette seg utlevering av journalopplysninger, såkalt sperring av journal. Dette i følge pasientrettighetsloven §5. Opplysninger kan heller ikke utlevers dersom det er grunn til å tro at pasienten ville motsette seg det ved forespørsel.

Det trenges ikke noen begrunnelse for å få sin journal sperret for innsyn. KITH (kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren) har i sin standard for elektronisk pasientjournal, satt et krav om at opplysninger må kunne sperres

for innsyn fra andre. For eksempel har programmet Winmed sperre-funksjon i form av et hengelås-ikon ved notatoversikten. Sperring av journal kan føre til problemer i forhold til behandling og oppfølging av en pasient. Pasienten bør være informert om mulige konsekvenser av at helsepersonell ikke har tilgang til vedkommendes journal.

Utlevering av journal mot pasientens vilje

I en del situasjoner kan eller skal helsepersonell utlevere taushetsbelagte opplysninger. Regelverket pålegger helsepersonell å utlevere informasjon til Helsestilsynet i forbindelse med tilsyn, til barneverntjenesten ved mistanke om omsorgssvikt og til nødetater dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom mv. I andre situasjoner er det overlatt til helsepersonellets skjønn å vurdere om informasjon skal utlevers. Dette kan for eksempel være aktuelt når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysninger videre.

Fylkeslegen i Nordland har uttalt seg om dette (Resaften januar 2006). Det henvises til § 23 i helsepersonelloven: Hva er tungtveiende private og offentlige interesser? Fylkeslegen bruker tvangsinleggelse av psykiatriske pasienter som eksempel. Her kan det tenkes at pasienten vil motsette seg utlevering av journalopplysninger, mens behandlende helsepersonell på sin side må ha kjennskap til tidligere sykdomshistorie eller behandling. Det må i så fall besluttes av helsepersonellet selv, hvorvidt journalinnsyn er av særlig stor betydning for helsehjelpen.

Hensynet som taler for å bryte taushetsplikten må veie vesentlig tyngre enn hensynet som taler for å bevare taushet. I allminnelighet vil det være nødrettsbetraktninger, tilfeller hvor videreforsyning av informasjon er egnet til å motvirke skader av et visst omfang. Fylkeslegen bruker den farlige, kriminelle pasienten som eksempel på dette.

Et annet eksempel er pasienten med akutt skade eller sykdom av alvorlig karakter. Hvis pasienten har sperret sin journal for innsyn, vil man kunne gjøre bruk av nødrettsbetraktningen for å få journalinnsyn. Helsepersonellet som sitter på opplysningene om vedkommende pasient, plikter å etterkomme anmodning om innsyn, når opplysningene er nødvendige for å yte helsehjelp. Helsepersonellet som ber om opplysningene, må på sin side gi en konkret vurdering av situasjonen og begrunne behovet for journalopplysninger.

Det statlige helsetilsynet har i tilsynsinfo fra 2005 presisert at nødrettsbetraktningen skal tolkes relativt strengt. Som eksempel benyttes en pasienthistorie fra psykiatrisk avdeling, der en kvinnelig pasient var innlagt på grunn av depresjoner og fare for suicid. Pasienten var seksuelt misbrukt av sin far. Til tross for hennes protester, informerte behandlerne pasientens mor om misbruket. De ønsket å forhindre suicid og å komme videre i behandlingen. Helsetilsynet anser dette som brudd på taushetsplikten. Et ønske om å komme videre i behandlingen er ikke tilstrekkelig til å utlevere pasientopplysninger, når vedkommende motsetter seg dette. Helsetilsynet anbefaler generelt at legen nedtegner sine vurderinger før utlevering av journal.

Lover (www.lovdata.no)

- Lov om pasientrettigheter
- Lov om behandling av personopplysninger
- Lov om helsepersonell
- Forvaltningsloven
- Forskrift om pasientjournal
- Helseregisterloven

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: rolv-j@online.no



levonorgestrel 20 µg/24 timer

Antikonseptjonsmiddel, ATC-kode: G03A C03

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

Indikasjoner: Antikonseptjon, idiotropisk menopagi. Beskyttelse mot endometriose/hyperplasi under substitusjonsbehandling med estrogen.

Dosering: Settes inn innen 7 dager etter påbegynn menstruasjon. Bytte til nytt inntlegg kan gjøres under hele cyklusen. Kan også innsettes i forbindelse med abortinngrep i 1. trimester.

Etter fødsel ventes minst 6 uker før innsetting. Dersom preparat brukes til beskyttelse av endometriet under substitusjonsbehandling med estrogen, kan innsettingen skje når som helst hvis kvinnene er blodningfri, i andre tilfeller i løpet av de siste dagene av menstruasjonen eller bortfallsbledningen. Livmorinnglegget skal fjernes senest etter 4-12 uker.

Kostraindikasjoner: Konstatert eller mistenkt graviditet. Nåværende eller tilbakevendende underlivsinfeksjon. Cancer i uterus eller ovar. Udiagnosert utormal uterin blodning. Medfødt eller ervervet uterin anomalie, inklusive myomar dersom de påvirker livmorhulen. Tiltander som øker faren for infeksjonen. Leversumoren. Overfølsomhet for noen av komponentene i preparatet.

Forsiktighetsofrengler: Far i innsetting forestas en grundig generell og gynækologisk undersøkelse inkl. mammamundersøkelse, cervixutstikk samt grundig familieanamnes. Graviditet, seksuelt overlærbare sykdommer og genital infeksjon må utelukkes. Ny legekontroll bør ske 4-12 uker etter innsetting, og deretter 1 gang hvert år. Kan redusere glukosetoleransen og diabetikere bør stå under legekontroll.

Hvis pasienten med hjerteklaffdefekter må ev. antibiotikkaprotyleksis gjøres ved innsetting for å hindre endokarditt. Livmorinnglegget må fjernes hvis kvinnene får tilbakevendende endometriell eller underlivsinfeksjoner eller dersom en akutt infeksjon ikke har seg behandlet innen 48 timer. Pasienter bør oversiktsvis venstre pågående leversykdom, epilepsi eller konstatert eller mistenkt hormonauhengig neoplasi inklusive brystkreft. Innglegget må også fjernes dersom livmorninngleggen perfoneres (Eks. ved innsetting). Menstruasjonstretreher som oligomenoré og amenorré bør utredes. Spesielt viktig er det å være klar over at blodningsfortryrreher, særlig ved samtidige underlivsinfeksjoner, kan belyse intrauterin graviditet. Ved ev. graviditet skal livmorinnglegget fjernes umiddelbart (se Graviditet/Ammening). Livmorinnglegget kan states ut uten at kvinnene merker det. Symptomer på delvis eller fullständig utstanning kan være akut blodning eller utrente. Delvis utstanning reduserer den antikonseptjonelle effekten.

Interaksjoner: D. e. steroider.

Graviditet/Ammening: Se kostraindikasjoner. Overgang i placenta: Innglegget skal ikke brukes under pågående eller mistenkt graviditet. Innglegget bør tas ut hvis en kvinne blir gravid, da intrauterine antikonseptjonsmidler som blir stående in situ øker risikoen for spontanabort eller prematur fødsel. Uttagning av innglegget eller sondering av livmoren kan resultere i spontanabort. Dersom kvinnene ønsker å fortsette graviditeten, og innglegget ikke kan tas ut, bør hun informeres om risikoene og eventuelle konsekvenser for barnet i tilfelle prematur fødsel. Ektopisk graviditet bør utelukkes. Overgang i morsmilk: Passerer i små mengder over i morsmilk, men risiko for påvirkning av barnet synes utsmårlig ved doser som frigjøres fra livmorinnglegget. Blivklinger: Høytige (6-10/100). Endokrine: Matallgi, brytløpningen, edem. Gastrointestinale: Kvalme, Hud: Akne. Sentralnervesystemet: Hodepine, nedsætning, tretthet, Unogenital: Blodninger (trekkent eller forlenget blodning og spotting; avtar ofte etterhvert), amenorré, dysmenore, oligomenoré, vaginal utflod, vaginitt, reversibel ovarialynter. Øvrige: Vektforandringer, underlivsmerker, bukmerter, ryggsmerten. Mindre Høytige: Endokrine: Hirsutisme, svette, hårvækst, fetthår. Sentralnervesystemet: Redusert libido, Spindre (x1/1000). Unogenital: Infeksjoner i underlivet. Muskel-skelettsystemet: Det er rapportert muskulermer når preparatet blir brukt i kombinasjon med estrogenbehandling.

Egenskaper: Klassifisering: Intrauterint inntlegg som frigjør levonorgestrel med en jevn hastighet direkte til uterus. Består av et polyetylenkjølett med en sylinder rundt vertikalkammen som inneholder en blanding av polydimetylsiloxan og levonorgestrel. Sylinderen er dekket med en polydimetylsiloxanmembran som regulerer frigjøringen av levonorgestrel. Livmorinngleggets sylinder er impregnert med bariumsulfat for å gjøre den synlig ved rentgen. God antikonseptjonell sikkerhet. Total graviditetsrisikoen: 0,16 pr. 100 kvinner. Ektopiske graviditeter er anslått til 0,06 pr. 100 kvinner. Virkingmekanisme: Frigjør gjennomsumtlig 14 µg pr. dgn over en periode på 5 d. Initiativ frigjøres ca. 20 µg pr. dgn. Hovedsaklig lokale gestagener effekter i livmorhulen. De høye levonorgestrelkonsentrasjonene i endometriet hemmer den endometriettes syntesen av estrogen-reseptorerne. Dette minsker endometriets følsomhet for sirkulert estradiol, og en utslitt antiproliferativ effekt kan ses. Morfologiske forandringer i endometriet og svak lokal reaksjon på fremsideggement er observert. Fortykking av slimhinnen hindrer spermier å passere gjennom cervikalkanalen. Det lokale miljøet i lumen og egglederne hemmer spermiermotiliteten og -funksjonen og forhindrer befruktning. Ovulasjonen hemmes hos en del kvinner. Ved hormonell substitusjonsbehandling brukes innglegget i kombinasjon med orale eller transdermale estrogenpreparater.

Absorbisjon: Stabile serumkonsentraserjoner på 0,4-0,6 nmol/liter hos kvinner i fertil alder og ca. 1 nmol/liter hos kvinner som står på estrogenbehandling, oppnås etter de første ukene etter innsettingen. **Metabolisme:** I leveren. **Utskillelse:** Via urin og feces. **Palninger og priser:** 1 stk. kr 1171,80 (januar 2007).

Schering Norge AS, Postboks 331, 1326 Lysaker.
Tlf.: 67 59 20 00 - Fax: 67 59 20 01.
www.femalelife.no

SCHERING

Hva er klinisk ortopedisk medisin – ad modum Cyriax?

AV ARE INGEMANN



Klinisk ortopedisk medisin har sin bakgrunn i den engelske legen James Cyriax' (1900–1985) banebrytende arbeid innen diagnostikk og behandling av muskel og skjelettapparatet. Han begynte som kirurg i Edinburgh i 1928 og oppdaget da at mange pasienter som ble henvist til kirurgisk behandling, ikke skulle opereres. Disse pasientene hadde meget uklare og upresise diagnoser, ofte kun basert på palpasjon, og med røntgenfunn som ikke korresponerte med pasientens problem.

Undersøkelsesmetodikken ad modum Cyriax er en metodisk analyse av pasientens symptombilde, samt en klinisk undersøkelse som leder til en spesifikk diagnose basert på kliniske bilder for de fleste muskel og skjelettskader. Dette er bygd opp på å selektivt stresse ulike strukturer: «*selective tension technique*».

Det vil si at det kontraktile vevet, slik som muskel, muskelse-neovergang, sene og tenoperiost, blir testet ved *isometriske tester* med ledet i o-stilling – hvor du tester for smerte og styrke. Det vevet som ikke er kontraktilt, slik som leddkapsel, ligament, bursa, nerverot og osseøse strukturer blir testet med *passive tester* hvor kriteriene er smerte, bevegelsesutslag og stoppfølelse (end feel). Ved hjelp av lokalbedøvelse kunne han verifisere ulike kliniske bilder/diagnoser, noe som er hyppig brukt i klinisk praksis i dag. Klinisk ortopedisk medisin er bygd på systematikk, hvor nøyaktige anatomiske kunnskaper er grunnleggende. Funksjonell og palpatorisk anatomi er ferdigheter som vektlegges.

OMI-Global (www.cyriax.com) er en internasjonal utdanningsorganisasjon bestående av leger og fysioterapeuter



Are Ingemann

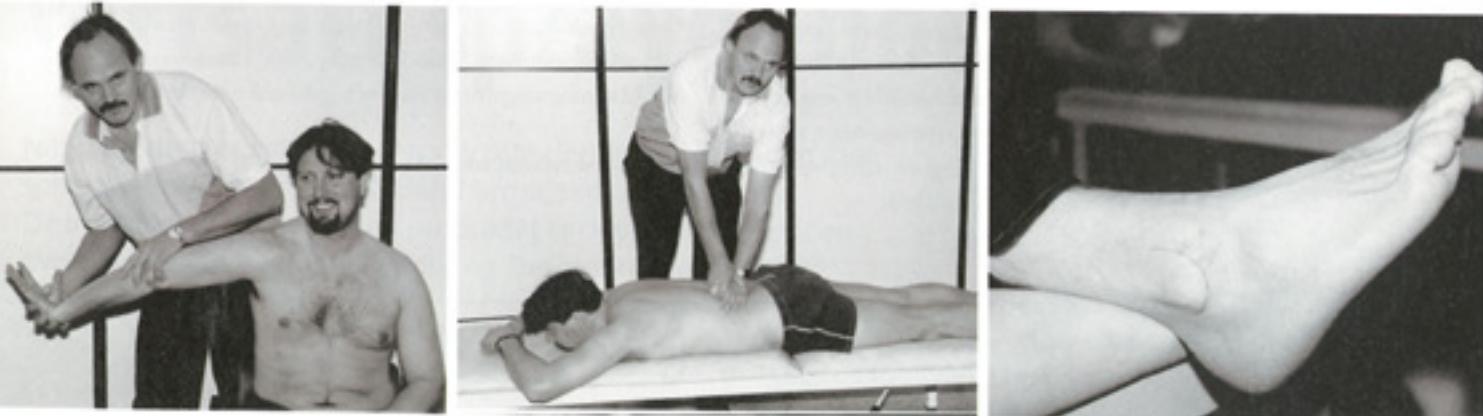
Spes klinisk ortopedisk fysioterapi-PFF
Int Teacher Exam OMI

innenfor muskel og skjelettapparatet, dannet etter Dr Cyriax død av «The International Teaching Team», som har hovedsete i Belgia. Et meget viktig nøkkelord er tverrfaglig samarbeid mellom lege og fysioterapeut hvor begge yrkesgrupper innehar samme kunnskapsbakgrunn, slik at man snakker samme språk. Dette leder til at begge yrkesgrupper fullt ut forstår og supplerer hverandre maksimalt. Vi er overbevist at en yrkesgruppe alene ikke kan mestre de komplekse problemstillinger som vi ofte møter hos disse pasientene.

Visse lesjoner responderer bedre på legens tilnærming med injeksjoner og infiltrasjoner. Mens andre lesjoner responderer bedre på fysioterapeutens tilnærming med manuelle teknikker som tverrfriksjoner, manipulasjoner etc. Med samme utdanningsbakgrunn innen Ortopedisk Medisin, kan man lettere avgjøre hvem som skal behandle pasienten og dermed oppnå en adekvat og raskere behandling.

Hvordan mestres dette i Norge pr i dag?

Muskel og skjelettproblematikk utgjør store kostnader for samfunnet, med store trygdeutbetalinger og lange sykemeldingsperioder. Pasienter som oppsøker primærtjenesten for hjelp for slike lidelser, ender ofte opp med 14 dagers sykmelding, en resept på tabletter, samt en røntgen rekvisisjon. Håpet er at spontan bedring skal inntrefte. Etter 14 dager kommer pasienten tilbake og er ofte like plaget som tidli-



gere. Han/hun henvises deretter ofte uten spesifikk diagnose til fysioterapeut. Fysioterapeuten som ofte har mange ukers ventetid, får omsider pasienten inn til behandling med denne uspesifikke diagnosen, med det resultat at behandlingstilnærmingen ikke blir presis og spesifikt rettet mot skaden.

Pasienten har da vært sykemeldt over så mange uker at tilbakevending til jobb allerede er vanskelig. Forskning viser at sykemeldte over åtte uker har en betydelig økt risiko for ikke returnere tilbake til yrkeslivet. Ved tilfeller hvor fysikalisk behandling ikke fører frem for pasienten, noe enhver fastlege erfarer til tider, blir pasienten ofte henvist videre til ortoped, revmatolog, nevrolog osv for videre utredning/behandling.

Henvisning til disse spesialistenhetene er ikke alltid hensiktsmessig, noe som ofte reflekteres i epikrisene fra disse. Pasienter kommer ofte tilbake etter en slik vurdering med beskjed om at pasientens problemstilling ikke er innenfor deres fagfelt. Så etter lang ventetid med store forhåpninger til en spesialistutredning, kommer pasienten tilbake etter kanskje et år uten at noe har skjedd med hans tilstand.

Pasienten går så over på rehabiliteringspenger og nye runder innen utredningsapparatet. Sjansen for å komme tilbake i yrkeslivet er da dessverre minimale. Slike pasienter ender ofte med søknad om uføretrygd. Ortopeder har primært kirurgi som behandlings tilnærming, men majoriteten av disse lidelsene er ikke av kirurgisk art. Jeg viser til *Socialstyrelsens rapport 1994:4 i Sverige* hvor det fastslås at 96 prosent av denne pasientgruppen ikke skal opereres.

Hva kan forbedres?

Med tverrfaglig samarbeid, det vil si ved felles konsultasjon lege og fysioterapeut med samme utdanningsbakgrunn eller et nært samarbeid mellom disse, kan en unngå mye frustrasjon og ventetid.

Undersøkelse gjennomføres etter standardiserte tester hvor vi i de fleste tilfeller verifiserer diagnosen med bruk av lokalbedøvelse. På den måte kan vi være sikre at vi behandler riktig struktur og avgjøre hvilken behandling som er mest optimal. Eksempelvis spesifikk friksjonsmassasje av fysioterapeuten eller injeksjonsbehandling av legen, med nødvendig oppfølging og forebyggende arbeid.

Kursene

OMI har siden 1986 hatt kurs i Norge. Vi har lagt vekt på relativt små desentraliserte kurs/moduler, som går over en tidsperiode på minimum fire år med basiskurs og videregående kurs.

Dette er etterfulgt av eksamen: «Basic og advanced exam». Det legges vekt på kollegievirksomhet hvor deltakerne møtes, gjennomgår teori og praktisk arbeid. Det desentraliserte opplegget har gjort det mulig for deltakerne å få en videreutdanning uten å måtte flytte, men kan forsetter sitt virke og praktiserer de nye ferdigheter til pasienten beste.

Kursteder i Norge har vært Kirkenes, Alta, Tromsø, Bodø, Mo i Rana, Namsos, Trondheim, Kristiansund, Ålesund, Bergen, Haugesund, Stavanger, Kristiansand, Risør-Drammen, Hokksund og Oslo noe som viser en distriktsvennlig profil. Dessuten har det blitt arrangert kurs gjennom Kompetansesenteret for Kliniske Ferdigheter for leger i Bergen. Det er verdt å nevne at hele kursrekken har blitt arrangert for Rogaland og Finnmark legeforening. Det samme gjelder Solstrandkurs og Primærmedisinsk uke i Oslo.

Disse kurs har vært tverrfaglige kurs hvor leger og fysioterapeuter undervises sammen. Under praktisk undervisning vektlegges injeksjon og manipulasjonsbehandling for legene. Mens fysioterapeutene lærer spesifikk friksjonsmassasje, mobilisering og manipulasjonsbehandling.

I samarbeid med Private Fysioterapeuters Forening, PFF, har vi en Spesialitet i Klinisk Ortopedisk Fysioterapi. På nærværende tidspunkt er det ca 20 ferdige spesialister i Norge. Dessuten samarbeider vi med Legeforeningen og St Olavs Hospital med kurset: *Bevegelsesapparatets anatomi og injeksjonsbehandling* som arrangeres over tre dager både vår og høst årlig.

Det kan også nevnes et forskningsmetodikk kurs i samarbeid med Høgskolen i Bodø – med vekttall 10 tilsvarende 40 timer.

Til slutt nevnes NFKOM (Norsk Forening for Klinisk Ortopedisk Medisin) en ideell forening, med det overordnede målet å videreforske faget Ortopedisk Medisin, representere medlemmene og skape mer interesse/aksept rundt Ortopedisk Medisin i det offentlige og i andre medisinske miljøer. Foreningen er selvstendig, det vil si uavhengig av utdanningsorganisasjoner og fagpolitiske forbund.

WEB: www.nfkom.com

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



Sengevæting kan fortsatt sprayes bort!

Når pasienten er over 5 år, er spray ofte den beste løsningen mot sengevæting. Desmopressin "Alpharma" skifter nå navn til Desmopressin "Actavis", men produktet er det samme. Pumpen avgir en korrekt og pålitelig dose og Desmopressin har ingen ubehagelig smak.

For preparatomtale se side 24

For nærmere informasjon kontakt Kundeservice på tlf 815 22 099
eller kundeservice.no@actavis.no



 **actavis**

FROSSEN SKULDER

Diagnostikk og konservativ behandling i allmennpraksis

AV SATYA P. SHARMA

For tiden eksisterer det ingen consensus om diagnostisk prosedyre og konservativ behandling for skuldersmerter, det gjør det problematisk i differensiering av diverse skulderproblemer. Flere skulderlesjoner samtidig er vanlige og overdifferensiering med tanke på diagnostikk endrer stort sett ikke konservativ håndtering i primærhelsetjenesten (1). Vanlige skulderlesjoner har like kliniske karakteristikk, og mangel på consensus for diagnostiske kriterier ved klinisk vurdering kompliserer valgmuligheter for behandling (2).

Forekomst av skuldersmerter og frossen skulder

Skuldersmerter er den tredje vanligste årsak for konsultasjon av muskel- og skjelettdelser i allmennpraksis. Ca en prosent av konsultasjoner blant voksne pasienter handler om nyoppståtte skuldersmerter (3). Prevalensen av skuldersmerter er funnet å være ca 20 prosent i en studie av Pope et al. (4). Frossen skulder utgjør 15 prosent av alle skuldersmerter i allmennpraksis (5). Insidens av skulder kapsulitt/frossen skulder er på ca to prosent i den voksne del av befolkning, mens den er på ca 11 prosent blant diabetikere. Begge skuldre er ikke affiserte samtidig, men den andre eller samme skulderen kan bli rammet i løpet av to til fem år, noe som da utgjør ca 20 prosent av alle pasienter med frossen skuldre (6). Tilstanden er vanligst mellom 40 og 70 år. Kvinner er mer affisert enn menn, og det er ikke funnet noe klar årsak til tilstanden (7). Begrenset bevegelighet og smerter i skulder interfererer betraktelig i daglige gjøremål og kan være assosiert med økt sykefravær og arbeidsuformhet blant voksne.

Formålet med behandlingen er å øke bevegeligheten og redusere smerter. Frossen skulder kan behandles med forskjellige modaliteter som NSAIDS, fysioterapi, akupunktur, intra-artikulære kortisoninjeksjoner blandet med lokal anesteticum uten eller med distensjon (sette inn ekstra volum for å distendere kapselen). Resistente tilfeller kan behandles kirurgisk. De fleste pasienter behandles i førstelinjetjenesten, enten med fysioterapi eller kortison-injeksjoner, dersom NSAID ikke har gitt bedring (8).

Satya P. Sharma

født 1954 i India. Fysioterapiutdanning 1976, New Delhi. Kom til Norge i 1977. Eksamens i ortopedisk medisin hos James Cyriax i London i 1982. Medisinsk embetseksamen 1988, Universitetet i Bergen. Kommunelege II og I i Mås fjorden kommune 1990–95. Helsesjef i Åsane bydel, Bergen 1995–96. Arbeidet ved Rolland legesenter i Åsane bydel, Bergen siden 1996. Spesialist i allmennmedisin – og samfunnsmedisin. Nå fastlege. MSc Ortopedisk Medisin 2006, Middlesex Universitet i London. Leder i NSAMs referanse gruppe for muskel- og skjelettdelser. Underviser medisinerstudenter ved UiB og allmennleger i muskel- og skjelettdelser.



Ortopedene har vanligvis en vente-og-se holdning når det gjelder behandling av frossen skulder, dog kan noen private klinikker ha en mer aggressiv behandlingsstrategi dvs. velge operativ behandling. Den passive holdningen kommer av at man tror at lidelsen går over i løpet av et par år. Dette stemmer ikke alltid. Shaffer et al har vist i en studie at 50 prosent av 62 pasienter med frossen skulder hadde noe smerter og stivhet i en observasjonstid på sju år fra start av symptomer (9). Det er derfor ikke riktig å la være å behandle denne pasientgruppen. Merkelig nok er de fleste studier på frossen skulder gjort med en kortison injeksjon enten subacromialt eller intraartikulært. Siden dette er en kronisk tilstand er det ikke nok med en injeksjon. I praksis kan frossen skulder/kapsulitt trenge tre til åtte intraartikulære injeksjoner, i følge behandling ad modum Cyriax (6).

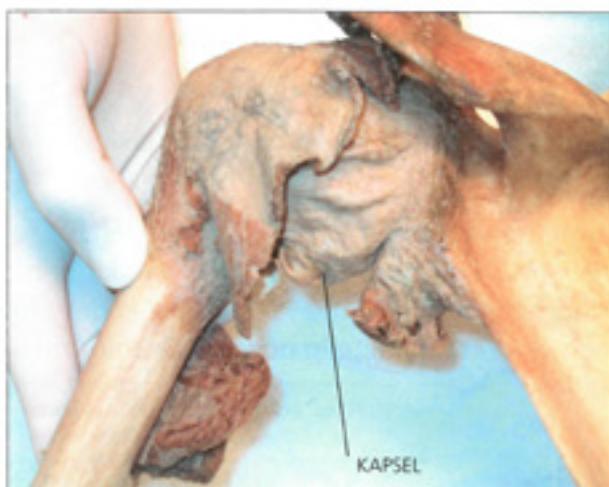


FIG. 1. Skulder kapsel



FIG. 2. Store degenerative forandringer. Kapselen nærmest skrelles av fra caput. Dusekjon ved forfatteren.

Hva er frossen skulder?

Ordet frossen skulder kan brukes synonymt med kapsulitt og artritt, men ikke artrose og har vært en gáteful tilstand i flere ti år. Duplay beskrev tildstanden først i 1872 og kalte den «périarthrite scapulo-humérale» (10). Codman (1934) brukte benevnelsen «frozen shoulder» og beskrev den som «A class of cases which are difficult to define, difficult to treat and difficult to explain from the point of view of pathology.» Neviser (1945) kalte det «adhesive capsulitis» fordi han observerte under artroskopi at kapselen så fortykket ut og sammenvokst med underliggende ben og kunne skrelles fra denne (FIG. 2).

I klinikken ser man tendens til å kalle alle tilstander med smerter og stivhet i skulderen for frossen skulder. Dette er å «misbruke» denne diagnosen. Frossen skulder er en bestemt tilstand med spontan bedring og trenger et annerledes behandlingsopplegg enn det som er vanlig for andre skuldertilstander, som rotatorcuff-tendinitt eller -ruptur og skulderartrose (11).

Hovedkriteriet for diagnoseren frossen skulder, eller skulder kapsulitt, er tilstedevarsel av nedsatt bevegelighet i et *kapsulært* mønster. Kapsulært mønster for skulderen er mest nedsatt passiv utadrotasjon, mindre nedsatt abduksjon og minst nedsatt innadrotasjon dvs. begrenset bevegelighet i rekkefølgen utadrotasjon er mer begrenset enn abduksjon som er igjen mer redusert enn innadrotasjon (6). Selvom grad av bevegelighetsinnskrenkelse kan variere avhengig av hvilket stadium frossen skulder befinner seg i, vil bevegelsesinnskrenkelsen fortsatt være mer eller mindre i ovennevnte mønster. Noen ganger kan man se avvik fra dette i bedringsfasen hos enkelte pasienter.

Patogenese

Årsaken til frossen skulder er ukjent, men man tror at immobilisering pga smerter, degenerative forandringer og inflammasjon i strukturer rundt kapselen spiller en rolle. Histologisk ser man fibrose, hyalinisering, fibrotisk degenerasjon i bindevev og i vevet under synovium (12). Det foreligger aktiv fibroblastproliferasjon som resulterer til slutt i adheransdannelse, tap av aksilære folder, kapselretraheiring og tap av rom mellom kapsel og caput humeri (7). Dias et al har beskrevet tre faser i den kliniske presentasjonen (11):

1. **SMERTEFUL TILSTIVINGSFASE:** varer fra 2 ½–9 måneder med smerter og stivhet.
2. **STIVHETSFASE/ADHERANSE:** starter ved 4–12 måneder. Smerter forsvinner gradvis men stivhet forblir. Smerter kommer mot slutten av bevegelsesutslag. Det fremkommer betraktelig stivhet i skulderen.
3. **RESOLUSJONSFASE:** varer fra 12–42 måneder. Det kommer spontan bedring av bevegelighet. Gjennomsnittsvarighet av frossen skulder fra start til maksimum bedring er ca 30 måneder. Vanligvis jo lengere tilstivningsfase jo lengere tar det med spontan bedring (13) (Reeves 1975).

Kesson et al og Ombregt et al beskriver stadiene i form av symptomer og tegn (7, 14):

STADIUM I: Smerter holder seg til overarmen, pasienten kan fortsatt sove på vonde skulderen. En lettere grad av kapsulært mønster er tilstede. Endefølelse ved passive bevegelser er elastisk.

STADIUM II: Smerter sprer nedenfor albu og kan gå ned til håndledd. Smerter er mer eller mindre konstante. Pasienten kan ikke sove på den onde siden. En vil finne kapsulært mønster ved passive bevegelser med hard endefølelse og muskelpasme ved overstrekking.

STADIUM III: Gradvis bedring og etterhvert vil forholdene ligne på stadium I inntil komplett bedring.

Undersøkelse

TRE TESTER FOR GLONOHUMERALLEDDET

1. PASSIV SCAPULOHUMERAL ABDUKSJON

(vanligvis kalt abduksjon)

Normal bevegelighet er 90 grader. Passiv elevasjon sideveis over dette er en kombinert bevegelse som involverer scapular rotasjon og i slutten av bevegelsesutslaget er det en adduksjon av humerus i forhold til cavitas glenoideum.

Undersøkeren løfter armen ved å holde rundt albuoen. Den andre hånden stabiliserer scapula ved å læse angula inferior med tommelen. Det er viktig at pasienten ikke assisterer bevegelsen ellers vil scapula begynne å rotere, og dermed blir bevegelsen ikke lenger en ren bevegelse (scapulohumeral) (FIGUR 3).

FIG. 3.



PRAKTIKSE TIPS:

- dersom bevegeligheten er redusert, er glenohumeralledd affisert f. eks. kapsulitt/artritt
- dersom passiv elevasjon er begrenset og endefølelsen er som en muskelspasme, men scapulo-humeral abduksjon er normal, bør en utelukke tumor pulm. ved røntgen thorax



FIG. 4

PRAKTIKSE TIPS:

- passiv innad rotasjon kan være redusert ved kapsulitt/artritt. Smarter kan av og til være tilstede ved supraspinatus tendinitt p.g.a. strekk av supraspinatussenefestet.

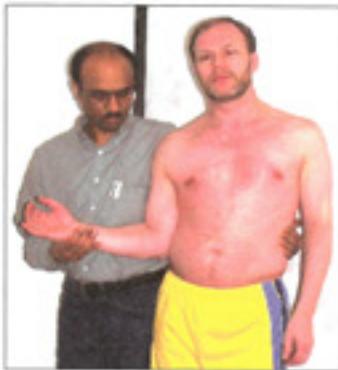


FIG. 5 person til person og bør derfor sammenlignes på begge sider dersom bevegeligheten måles under 90 grader. FIG. 5.

PRAKTIKSE TIPS:

- det er mulig at undersøkeren eller pasienten føler at man kommer for «tett» inn til hverandre. Å ha på seg hvit frakk hjelper trolig noe ved å skape litt markering/barriere.
- denne bevegelsen strekker fremre del av kapselen og endefølelse er elastisk. På grunn av individuelle forskjeller bør begge sider sammenlignes.
- bevegelsen strekker også acromioclavicular ledet, bursa subcoracoideus og subscapularissen. Dette kan provosere smarter, men gir ikke begrensning av bevegelsesutslag.
- hard endefølelse er tilstede dersom scapulo-humeralledet er affisert, som ved kapsulitt/artritt.
- ved traumatisk artritt eller kapsulitt er passiv utrotasjon mest begrenset og smertefull.

- en kan bruke passiv utadrotasjon for å sette intraartikulære injeksjoner i acromioclavicular ledet dersom det er vanskelig å komme i ledet med nålen. Passiv utadrotasjon åpner acromioclavicularleddet.

Komplett skulder undersøkelse omfatter også følgende:

- aktiv elevasjon
- isometrisk abduksjon og isometrisk adduksjon
- isometrisk inad- og utadrotasjon
- passiv horizontal adduksjon/Cross over body test (tilleggstest for acromioclavikulærledd)

Funn

Innskrenkning av passive bevegelser av skulderleddet i et kapsulært mønster. Mest innskrenkning av utadrotasjon, mindre av abduksjon og minst av innadrotasjon. Disse funn tyder på at det kan foreligge frossen skulder/kapsulitt. Et vanlig mønster vil være: Ved ca 7 graders reduksjon av abduksjon vil det være ca 7 graders reduksjon av utadrotasjon og ca 10 graders reduksjon av innadrotasjon.

Vanligste årsaker til reduksjon av bevegelighet i et kapsulært mønster er traumatisk artritt eller idiopatisk kapsulitt (frossen skulder). Av og til kan frossen skulder inntre i forbindelse med operasjoner av skulderen som f.eks. acromialreseksjon. Begge responderer bra ved intraartikulære injeksjoner, traumatisk kapsulitt responderer noe bedre enn idiopatisk kapsulitt. Det er ingen effekt av intraartikulære kortison injeksjoner ved skulderleddsartrose.

Røntgenologisk undersøkelse

Det er lite eller intet å se på røntgen, MR kan av og til vise fortykket kapsel. Som oftest vil en røntgenundersøkelse vise andre tilleggsfunn som ikke nødvendigvis har med tilstanden å gjøre og da kan forvirre mer enn det avklarer.

Behandling av frossen skulder*Traumatisk artritt/kapsulitt***STADIUM I OG TIDLIG STADIUM II : kapseltøyning**

Teknikkene for tøyninger er vist i FIGUR 6 og FIGUR 7.



Dersom det er ettersmerter/ubehag i ca 2 timer, er korrekt kraft blitt brukt i tøyning, dersom det ikke kommer etter-smerter, er det brukt for liten kraft. Dersom smerten vedvarer i over 2 timer, er tøyninger uegnet og en bør bruke intraartikulær injeksjoner.

STADIUM II OG III:

INTRAARTIKULÆRE KORTISON INJEKSJONER

MEDIKAMENT: Triamcinalone 10 mg/ml 2 ml eller 40 mg/ml, ½ ml. eller celeston eller Lederspan (5 ml sprøyte og 4–5 cm grønn nål) og 2 ml. Xylokain. Se tilsvarende doser i tabellen.

UTSTYR: 5 ml. sprøyte og 4–5 cm lang (grønn) nål.

INJEKSJONSINTERVALL: Etter første intrartikulære injeksjon gis neste injeksjon 7. dag, deretter 10 dager fra siste injeksjon, 14 dager, 21 dager, 28 dager og eventuelt 35 og 42 dager.

Stoff	Potens	Varighet	Dose/injeksjonssted
Hydrokortison acetat	Lav	Kort	10–25 mg for blætvev og små ledd, 50 mg for storeledd
Metylprednisolone acetat (Depo-Medrol) eller Triamcinalone (Kenacort)	Middels	Middels	2–10 mg for blætvev og storeledd
Dexamethasone Natrium fosfat (Decadron)	Høy	Lang	0,5–3 mg for blætvev og småledd
Betamethasone sodium phosphate og acetate (Celeston)	Høy	Lang	1–3 mg for blætvev og små ledd; 2–6 mg for store ledd

(utarbeidet etter: Joint & Soft tissue injection, Cardone et al American family Physician vol 66, no. 2)

BEHANDLINGSPRINSIPP: Neste injeksjon gis før effekten av forrige injeksjon er over. Injeksjoner stoppes når smerter er borte, pasienten har tilnærmet normal bevegelighet og tilnærmet normal endefølelse (endfeel). Dette er ingen absolutt og fast regel, men det foreslalte opplegget er det ideelle.

Idiotpatisk kapsulitt (frossen skulder)

Ubehandlet tar tilstanden ca 2 til 2 ½ år før restitusjon. Som oftest er det god effekt av steroid injeksjoner. Behandlingsprinsipper og gjennomføring av behandling er den samme som for traumatisk kapsulitt. Trenger ofte flere injeksjoner (6–8). Kapselstrekning har liten effekt.

Kapsulær tøyning brukes i stadium I og tidlig stadium II. Kortison injeksjoner brukes i stadium II og stadium III, men det er fullt mulig å bruke kortison injeksjon i stadium I og tidlig stadium II.

Intraartikulær injeksjonsteknikk for humeroscapulærledd med bakre tilgang med «NO TOUCH» teknikk

INJEKSJONSTEKNIKK

Pasienten sitter på en stol med albuen flektert. Hånden hviler på den motsatte skulderen eller den kan ligge i fanget. Det foretas grundig vask med start fra midtpunktet og i sirkler utad, minst tre ganger, med fortrinnsvis klorhexidin en prosent med spirit 5 mg/ml. Spritlösningen tørker fort og en kan derfor ikke ta med disinfeksjons-væske fra huden i leddet ved nälestikk. No-touch-teknikk innebærer at en ikke berører samme området igjen der nålen skal gå inn. Dette forebygger infeksjon. Legen står bak pasienten og plasserer sin pekefinger på processus coracoideus og tommelen på bakre acromiale hjørne. Huden punkteres like under tommelen og siktes mot pekefingeren (nedre del av processus coracoideus, i noe nedover-retning). Nålen går lett inn inntil den møter treg motstand fra kapselen. Motstanden blir borte når nålen har passert gjennom kapselen. Nålen stopper når den treffer brusken på caput humeri.

Dersom det ikke er mulig å presse løsningen ut av sproyta, kan nålen dras så vidt tilbake mens man beholder trykket over stemplet. Man beholder nälestilling mens man presser løsningen inn i leddet selvom det kan være en del mottrykk. Man må forsøke å beholde benkontakt, som er det eneste sikre for at näleåpningen ligger intrakapsulært/intraartikulært og innholdet tömmes i leddet. Resultatet av behandlingen kan avhenge av om plassering av nålen er korrekt eller ikke (15). FIG 8 og 9.



Det er flere måter å nå intraartikulært på. Den andre teknikk for «bakre tilgang» er at pasienten ligger på magen med albue flektert til 90 grader. Underarmen legges under abdomen. Dermed kan ikke pasienten bevege seg ved stikk-smerter. Resten av teknikken er det samme som beskrevet ovenfor. FIGUR 10. Noen foretrekker å bruke fremre tilgang.



FORSIKTIGHETSREGEL

Infeksjon i store ledd har høy mortalitetsrate og en bør derfor sørge for å vaske grundig og bruke «no touch teknikk». Pasienten bør informeres på forhånd å ta kontakt ved tegn på infeksjon som økte smerter, rubor, hevelse, feber eller sykdomsfølelse.

Oppsummering

Frossen skulder (skulderkapsulitt) er en kronisk tilstand med mye smerter og funksjonsnedsettelse før spontan bedring inntrer. Det kan ta 2–2½ år før tilnærmet normal funksjon i ledet er tilbake. En del pasienter oppnår fortsatt ikke full funksjonalitet, selv flere år etter start av symptomer. Mange pasienter er sykemeldte i deler av sykdomsperioden. De aller fleste pasienter med frossen skulder responderer på kortisoninjeksjoner gitt intraartikulært i en serie, slik det er skissert i artikkelen. Dette kan redusere smerter og funksjonsnedsettelse i stor grad, med betydelig reduksjon av sykemeldingsperioden. Det er derfor hensiktssmessig å behandle denne gruppe pasienter med intraartikulære injeksjoner med korticosteroider. Riktig plassering av nålen intraartikulært er viktig. De få som ikke responderer på konservativ behandling kan behandles kirurgisk.

Referanser

- Mitchell, Caroline; Adebajo, Ade; Hay, Elaine; Carr, Andrew
Shoulder pain: diagnosis and management in primary care BMJ 2005 331; 1124–1128

- Van der Windt D A, Koes B W, Boeke A J, Deville W, De Jong B A, Bouter L M. Shoulder disorders in general practice: prognostic indicators of outcome. Br J Gen Pract: 1996;46:519–523.
- Urwin M, Symmons D, Allison T, Brammah T, Busby H, Roxby M, et al. Estimating the burden of musculoskeletal disorders in the community: the comparative prevalence of symptoms at different anatomical sites, and the relation to social deprivation. Ann Rheum Dis: 1998 57: 649–655.
- Pope D P, Croft P R, Pritchard C M, Silman A J. Prevalence of shoulder pain in the community: the influence of case definition. Ann Rheum Dis: 1997 56:308–312.
- Östör A J K, Richards C A, Prevost A T, Speed C A and Hazleman B L. Diagnosis and relation to general health of shoulder disorders presenting to primary care. Rheumatology: 2005; 44 (6):800–805.
- Cyriax J. Textbook of Orthopaedic Medicine. 1982 Vol 1, (8th Ed) Oxford: Baillière Tindall.
- Kesson M, Atkins E. Orthopaedic Medicine 1998 – A Practical Approach. Butterworth-Heinemann.
- Van der Windt DAWM, Koes BW, De Jong BA, Bouter LM. Shoulder disorders in general practice: incidence, patient characteristics and management. Ann Rheum Dis: 1995 54:959–964.
- Shaffer B, Tibone J E, Kerlan R K. Frozen shoulder. A long term follow up. J Bone Joint Surg Am: 1992 74:738–746.
- Duplay E S: De La Periarthrose scapulohumerale. Arch Gen Med: 1872; 20:513–542.
- Dias R, Cutts S, Massoud S. Frozen shoulder. Clinical review. BMJ: 2005 331:1453–1456.
- Reeves B. The natural history of the frozen shoulder syndrome. Scand J Rheumatol: 1975;4:193–196.
- Ombregt L, Bisschop P, Veer ter H J, Van de Velde T A System of Orthopaedic Medicine, 1995. WB Saunders Company Ltd.
- Eustace J A, Brophy D P, Gibney R P, Bresnihan B, Fitzgerald O. Comparison of the accuracy of steroid placement with clinical outcome in patients with shoulder symptoms. Ann Rheum Dis: 1997 56(1):59–63.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: satya.sharma@isf.uib.no

Modifenac "Actavis"

Antiinflammatorium
ATC-nr.: M01A B05
C

T: KAPSLER MED MODIFISERT FRISETTING 75 mg: Hver kapsel inneholder: Diclofenac, natr. 75 mg (25 mg i enterosolubil form, 50 mg i depotform), const. q.s. Fargestoff: Indigozin (E 132). Ståndarkode (E 177).

Indikasjoner: Reumatoid artritt. Juvenil reumatoid artritt. Artrose. Mb. Bekhtenev.

Dosering: Voksne: 1 kapsel 1-2 ganger daglig. Ved sterke smerter, spesielt om morgenen, kan 2 kapsler tas samtidig. Ved akute smerter bør kapslene tas før måltid for å få så hurtig innsettende virking som mulig. Kapslene skal øvelig halet med riktig væske.

Kontraindikasjoner: Ulkus pepticus. Overfølsomhet for innholdsstoffene. Skal ikke gi om acetylsalicylsyre, andre NSAIDs eller analgetika har fôrstått allergiske manifestasjoner som astma, urticaria-eller akutt rhinitz. Graviditet i 3. trimester.

Forsiktigheitsregel: Hvis mavesår eller gastroutestinal blodning oppstår skal behandlingen avlystes. Kan maskere symptomer på ulkus. Forsiktighet utvises hos pasienter som er disponert for slike reaksjoner, pasienter med ulores kolit, Crohns sykdom, SLE, hematopoesestorrelses, samt pasienter med ulovlige leverfunksjoner. Forsiktighet bør utvises ved tonnoklastisk forstørrelse av symptome. Da prostaglandiner er viktige for å opprettholde nynrefunksjonen, bør ekstrem forsiktighet utvises hos pasienter med hjertesvikt eller nedlaunt nynrefunksjon, spesielt ved samtidig diurektikabehandling og ved redusert plasmavolum. Blod, lever- og nynrefunksjon bør kontrolleres ved langtidsbehandling. Hvis forhøyede leverfunksjonsverdier vedvært, skal preparatet sesongeres. Hepatitis kan oppstå uten prodromale symptomer. Forsiktighet bør utvises ved hepatiske porfyrin, da antall kan utøres. Pasienter som opplever svimmelhet eller andre sentralnerves bivirkninger bør advares mot bilkjenning og betjening av maskiner inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Preparatet kan maskere symptomer på infeksjoner. Preparatet kan ikke midlertidig hemmende på blodplastraggregasjoner. Pasienter med hemostatisk sykdom bør overvåkes nøye. Allergiske reaksjoner, inkl. anafylaktisk/anafylaktoide, kan oppstå. Kan redusere fertilitet hos kvinner og ambrasies derfor ikke til kvinner som prøver å bli gravide. Separering bør vurderes hos kvinner som har problemer med å bli gravide eller som utredes for infertilitet.

Interaksjoner: Samtidig behandling med digoxin kan gi økt plasmonkoncentrasjon av digoxin. Samtidig bruk av kaliumparamediatrektika kan gi økt kaliuminnhold i serum. Samtidig innstilling av andre NSAIDs kan øke bivirkningsfølelsen. Dosejustering av antidiabetika kan være nødvendig ved samtidig bruk. Krampfer kan rapportert ved samtidig bruk av NSAIDs og klimakter. Ved samtidig administrering av katekolamin eller kolinergammin endreses absorpsjonen av diklofenak, og preparatet bør gis med høye smers-medisiner. (I M01A antiinflammatoriske medler og antineumatika (ekskl. steroider), M01A B05 dikkofenak)

Graviditet/Amnlegg: Overgang i placenta: Kontrainsiert i 3. trimester pga. risiko for følgende effekter på fosteret: Kardiopulmonal toksisitet (prematur lukking av ductus arteriosus, pulmonal hypertensjon), renal dysfunksjon som kan føre til nynesvit og oligohydramnion. Moren og det

nyfødte barnet kan få forlenget bladningstid, selv ved lav dose. Blekaktiviteten kan hemmes og dermed kontraktionsfrekvensen. Bruk tidlig i svangerskapen kan gi økt risiko for abort, kardiovaskulære misundringer og gastritis. Skal derfor ikke brukes i 1. og 2. trimester hvis ikke strengt nødvendig. Kvinner som prøver å bli gravide, eller er gravide i 1. og 2. trimester, bør få lavest mulige dose over kontrollert mulig tid. Overgang i monomelic. Går over i liten grad. Det er ikke sannsynlig at barn som amnes blir påvirket.

Bivirkninger: Høypig (≥ 1/100): Gastrointestinale: Epigastrisk smerte, lavalme, berknininger, diarré, abdominale kramp, dyspepsi, flatulens. Hud: Utslett. Lever: Økning i transaminaser. Sentralnervesystemet: Hodepine, svimmelhet, anoreksi. Mindre høypig: Gastrointestinale: Gastrointestinal blodning (hematemesis, melena, blodig diarré, gastro- eller intestinaler mørkelse eller uten blodning eller peritonitis). Hud: Urticaria, Levers Hepatis. Sentralnervesystemet: Sevhighet. Ømmer: (Ødem, Ørvige: Overfølsomhetsreaksjoner som astma, anafylaktiske reaksjoner inkl. hypotension. Spedne: (I 1/1000): Blod: Trombocytopoeni, leukopeni, hemolysisk anemi, aplastisk anemi, agranulosit. Gastrointestinale: Akutt stomatitis, glossit, esofagitis, anafagitis, anoreksi, diarré, hæmorrhagisk colitis, hæmorrhagisk proctitis, hæmorrhagisk proktocolitis, hæmorrhagisk kolit og forverring av ulcerens kolit eller Crohns sykdom, konstipasjon, konstipasjon. Hud: Bullous epidermolysis, eksem, erythema multiforme, Stevens-Johnsons syndrom, Lyells syndrom (akkut toksisk epidermolyse), erythroderma (inkolofoliat dermatitt), håravfall, fotosensibiliseringreaksjoner, purpura, inkl. allergisk purpura. Lever: Fulminant hepatitt. Sentralnervesystemet: Sensitivitetsreaksjon, inkl. pareseles, hukommelsesstyrke, desorientering, løsnervenes, anabilitet, kramp, deplopi, redusert helse, tinnitus, umotivert styrke. Sirkulatoriske: Palpitasjon, brytl-smerter, hypertension, hjernesvart. Urogenital: Akutt nynesvit, hematuri, proteinuri, interstitiell nefritis, nefrotisk syndrom, papillær necrose. Ørige: Overfølsomhetsreaksjoner som vaskulit, pneumonitt, Aseptisk meningitt.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Kvalme og oppkast. Cerebrale symptomer (svimmede, hodepine, ataksia tilstede til koma og kramp). Påvirkning av lever- og nynrefunksjon, hypotension, respirasjonsdepresjon, osk. Koagulasjonsfunktionsfeil. Behandling: Støtende og symptomatick. Absorbisjonen bør hindres så raskt som mulig ved overdosering ved mave-tarmmidling og bruk av aktivt kult.

Egenskaper: Klassifisering: like-stoeroid antiinflammatorisk middel med analgetisk og anti-pyretisk effekt. Virkningmekanisme: Hemmer prostaglandinsyntesen, men også virkningmekanisme er ikke klarlagt. Absorpjon: Fullstendig. Enteroopositsjonell pellets gir hurtig innsettende effekt, depotpellets gir langsvarig effekt. Gir mindre inter- og intraindividuell spredning i absorbasjonshastigheten enn konvensjonelle enteropellets. Max. plasmonkoncentrasjon nås innen 1 time, i synovialvasken 2-4 timer senere. Samtidig matinntak kan forsinke absorpsjonshastigheten noe, men påvirker ikke absorpsjonsgraden. Proteinbinding: 99,7%, hovedsakelig til albumin. Forsinkelse: Distribusjonskonvolut 0,12–0,17 liter/kg. Halveringstid: 1,2 timer i plasma, 3–6 timer i synovialvasken. Plasmaplastisitet: Plasmaplastisitet ca. 265 ml/minutt. Terapeutisk serumkoncentrasjon: >50 ng/ml i ca. 8 timer. Metabolisme: Hovedsakelig ved hydrolysing og metabolisering, delvis ved glukuronidering. To mindre aktive metabolitter. Utslipp til Ca. 80% som metabolitter i urin, <1% unmett. Resten skiller ut i gall og feces. Pasientens nyn- og leverfunksjon synes å ha begrenset betydning for kinetikken.

Pakningen: Empac: 20 stk., 100 stk.

T: 17c, 35a.

Modifenac gjør livet litt enklere når kroppen gjør vondt



Eneste diclofenacpreparat som kombinerer både hurtig og langvarig smertelindring.

Virker både raskt og lenge

En Modifenac-kapsel inneholder to typer pellets med finfordelt diclofenac. 1/3 av dem oppløses i løpet av 10 minutter, og gir rask smertelindring. Resten av pelletene har en coating med små hull der aktivt diclofenac frisettes kontrollert i løpet av 12-24 timer.*

Enklere å dosere

Den spesielle langtidsvirkningen gjør at voksne klarer seg med 1 kapsel 1-2 ganger daglig, eller 2 kapsler som engangsdoze om morgenen.*

God sikkerhetsprofil

Modifenac er et NSAID med god sikkerhetsprofil. I en meta-analyse ble diclofenac rangert som nr. 2 (etter lavdose ibuprofen) i forhold til hyppighet av gastrointestinale blødninger.**

Indikasjon

Artrose, Rheumatoid Artritt, Juvenil Rheumatoid Artritt, Mb. Bechterev.

* Felleskatalogen 2007

** Rodriguez Semin, Arthritis & Rheum, 1997; 26: 16 - 20

Modifenac virker raskt

Modifenac virker lenge

actavis

Å ta pasienten på alvor – klisjé eller nyttig metafor?

AV KRISTINE VAAKE HØYLAND OG ANDERS BÆRHEIM

For nesten fire år siden begynte jeg å studere medisin i Bergen. I studiesammenheng og i forbindelse med ekstraarbeider på sykehjem og i hjemmesykepleie har jeg møtt pasienter og leger som har gitt meg både lerdom og inspirasjon. Som student står jeg litt midt i mellom – jeg er på vei til å bli lege, men identifiserer meg like mye med pasienten. Mange forteller om sitt møte med lege og helsevesen, om både frustrasjoner og takknemlighet. Det slår meg at «alle», både mannen i gata og fagfolk, snakker om at det er viktig å bli tatt på alvor av legen. Jeg begynte å lure på hva det egentlig vil si, det å ta pasienten på alvor. Noen ganger synes jeg legen har tatt pasienten på alvor, men pasienten har likevel vært skuffet og misfornøyd. Jeg tenker lett at pasienter kan ha urealistiske forventninger til legen, forventninger om hva legen kan gjøre for å ta dem på alvor. Samtidig kjenner jeg igjen ønsket om å bli sett og hørt av legen når jeg kommer med små eller store problemer. Jeg trenger forståelse og støtte når jeg viser legen tillit og avslører sårbarhet.

Bokmålsordboken definerer å «ta alvorlig» til å være «oppriktig, ærlig, seriøs» (1). Det er ikke lett å definere eksakt hva det «å ta på alvor» betyr. Jeg kjenner meg igjen i det Augustin skriver om å definere begrepet «tid»: «Hva er så tid? Jeg vet godt hva det er, hvis ingen spør meg, men hvis jeg blir spurtt om hva det er og forsøker å forklare, blir jeg forvirret» (2). Begrepet «å ta på alvor» ser ut til å være mangetydig. Jeg vil forsøke å antyde noe av det gjennom kliniske eksempler.

Tre konsultasjoner

Disse konsultasjonene er hentet fra observasjon jeg har gjort i allmennpraksis i løpet av studiet.

1.

Mamma har tatt med Miriam til legen på grunn av gjentatte episoder med feberfantasier. Miriam er åtte år og ser frisk og kjekk ut. Når hun har feber kan hun være helt i sin egen verden, hun gråter og skjelver, forteller mamma. Mamma er veldig bekymret.

«Hva skjer når du har såne feberfantasier, da?» spør legen Miriam.

«Jeg ser ting.»

«Hva da?»



Kristine Vaage Høyland

er 4. års student ved Universitetet i Bergen.
Artikkelen er en omarbeidet oppgave veiledd av Anders Bærheim.

«Skumle menn.»

«Hva gjør du da, da?»

«Jeg roper på mamma.»

«Hjelper det at mamma kommer?»

«Ja, hun trøster meg.»

Legen forklarer mamma at det er helt normalt for barn å ha slike feberfantasier. Mamma blir beroliget når legen peker på det at Miriam merker at mamma kommer og trøster.

Ved å henvende seg åpent og interessert til både Miriam og mamma, viste legen respekt og gav bekrefteelse på at de var kommet. Legen lot begge få være med i samtalene og tok seg tid til å lytte og forklare. Hun formidlet medisinske kunnskaper om at dette ikke er noe alvorlig, og ved å snakke med Miriam fikk hun fram hvordan Miriam opplever feberfantasiene, og også det at hun kjenner seg trygg når mamma trøster. Samtalen ble et samspill mellom alle tre der det ble skapt en felles forståelsesramme for feberfantasiene.

2.

Marte, 43 år, er sykemeldt fordi hun føler hun har «møtt veggen». Hun kjenner seg fryktelig sliten og trenger å stoppe opp og hente krefter. I «lekse» til i dag skulle hun tenke gjennom ting hun kunne forandre på. Marte forteller at hun føler livet kun dreier seg om jobb og andre plikter, og når hun vil gjøre noe hun selv har lyst til, nekter mannen hennes å akseptere det. Forholdet deres er fastlåst i rutiner og krangling. Det nyter ikke å prøve å snakke sammen om det, mener Marte. Det forsøkte de for et par år siden uten at det hjalp. «Er det ikke en idé å prøve igjen, med en ny innstilling?» foreslår legen, men Marte tviler på at det vil ha noe for seg.

Møtet med legen er en mulighet til å snakke med en utenforstående om slike nære og vanskelige problemer. Marte var åpen og ærlig og hadde tillit til legen, som kom med innspill og forslag. Kanskje kunne det hjelpe Marte til å reflektere og se nye muligheter? Hun valgte å ikke ta imot forslaget.



ILLUSTRASJONSFOTO: PHOTO BSC

3.

Inger, 62 år, har en lang liste med plager og problemer hun vil snakke med legen om. Hun kommer inn, velkledd og kontrollert, og begynner å snakke med en gang hun får satt seg ned. Hva er svaret på røntgenbildene hun tok før en uke siden? Hadde de funnet noe? Nei, bildene var helt fine og det var ingenting som kunne sees der, kan legen fortelle.

Inger fortsetter å snakke fort og opphisset. Hun opplever alle plagene sine svært dramatisk. Legen tar for seg hvert av symptomene, undersøker og forklarer hva hun tror årsaken kan være. Ingenting gir mistanke om noe alvorlig, men Inger virker ikke beroliget.

Inger sier tydelig at hun i hvert fall ikke feiler «noe psykisk» – den merkelappen vil hun ikke ha. Hun er ikke noen sytepave som synes synd på seg selv, hun vil vise at hun er sterk og har høy selvkontroll.

Den første av disse tre konsultasjonene viser et samarbeid som fungerer godt, der Miriam og mammaen får hjelp, og blir sett og lyttet til. I konsultasjonen med Marte blir de ikke enige om noen løsning, men legen respekterer hva Marte vil, og er åpen og lyttende. Den siste konsultasjonen, med Inger, er mer preget av diskusjon enn av gjensidig forståelse.

Enhver konsultasjon arter seg forskjellig, og det blir kunstig å konstruere én modell for hvordan legen kan ta pasienten på alvor. Det handler nok mye om å improvisere ut

fra den forståelsen en har av situasjonen. Ulike elementer blir vektlagt forskjellig fra gang til gang (3). Nedenfor vil jeg oppsummere noen elementer som kan være en del av det å ta pasienten på alvor. Kategoriene er basert på analyse av observasjoner i allmennpraksis (4).

Hva er det å bli tatt på alvor?*Likeverdighet og respekt*

Lege-patient-forholdet fungerer bra når legen og pasienten er likeverdige samtalepartnere og fører en konstruktiv dialog. Målet er en felles enighet omkring situasjonen. Det kan ta tid å bygge et forhold som har rom for at legen setter grenser uten at pasienten kjänner seg avvist. Pasienten kan ofte ha urealistiske forventninger til legen, eller ha en annen mening om hvordan et problem skal håndteres. Dette er en utfordring uten forhåndsgitte løsninger. Legen må respektere pasientens autonomi i situasjoner der pasienten kan velge og velger noe annet enn det legen anbefaler.

Gi pasienten tid og oppmerksomhet

I møte med en lege som er åpen og lyttende får pasienten rom til å snakke og diskutere tanker og bekymringer. Marte fikk snakke fritt mens legen lyttet og kom med innspill uten å overstyre samtalen. Det å være oppmerksom på hvilke følelser og tanker pasienten har, og reagere ved å for eksempel gi råd eller berolige, kan være god hjelp.

Være interessert

Gjennom både kroppsspråk og spørsmål kan legen vise interesse for pasienten og for det pasienten forteller. Miriam får være i fokus når legen snakker med henne og ikke bare med mamma. Ved å ha interessen rettet mot pasienten formidler legen at pasienten er verd hennes oppmerksomhet, tid og respekt.

Levinas: om å se den andre

Den jødiske filosofen Emmanuel Levinas beskriver møtet med et annet menneske som møtet med den Annen, med den Annens ansikt. Den Annen er helt forskjellig fra meg selv, og har krav på å bli møtt med respekt og åpenhet. Det er imidlertid ikke lett å forstå en annens tanker og opplevelser, og å bygge felles møtepunkter.

Levinas' filosofi kalles gjerne «nærhetsetikk», og jeg vil si at denne etikken har likheter med en pasientsentrert metode, idet den understreker hvor viktig «den andre» personen, i dette tilfelle pasienten, er i relasjonen. Levinas skriver at «Ansiktet påtvinger seg uten at jeg kan forholde meg døv til dets påkallelse eller glemme det.. Å være jeg betyr fra nå av ikke å kunne unndra seg svaret..» (5).

Møtet med den Annens ansikt krever at jeg ser akkurat den personen jeg har foran meg som unik og ikke som representant for en gruppe. Det er så lett å tillegge en person egenskaper som er karakteristisk for sykdommen, uavhengig av om personen har disse egenskapene – pasienten «blir» diagnosen istedenfor å «ha» den.

Levinas oppfordrer til et nærmest grenseløst ansvar ovenfor den Annen. Legen har ikke et slikt totalt ansvar for pasienten, det kan til og med virke mot sin hensikt. En pasient som får hjelp til alt kan bli lammet og miste evnen til å mestre og ordne opp i eget liv. Aslak Bråteit (6) advarer mot en slik totalisator hjelperolle, og skriver at legen må tørre å framstå som et menneske som prøver, men kan feile. Legen kan gå noen skritt sammen med pasienten, men kan ikke løse alle problemer.

Klisjé eller nyttig metafor?

Jeg finner ikke noe entydig svar på hva det er å bli tatt på alvor. Å ta pasienten på alvor kan romme både å sette grenser og å utfordre, å skape tillit og å gi støtte. Kanskje det å bli tatt på alvor er et symbol for hvordan vi ønsker og har behov for å bli møtt som mennesker? Begrepet kan ha noe av styrken sin i at det har ulike innfallsvinkler. Dypest sett sier det noe om å bli møtt som et likeverdig og unikt enkeltmenneske som i kraft av seg selv vekker interesse hos den andre.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
kristine.hoyland@student.uib.no

UTPOSTEN

blad for allmenn- og samfunnsmedisin

Sjøbergv. 32

2050 Jessheim

TEL.: 63 97 32 22 – FAX: 63 97 16 25

E-POST: rmtrove@online.no

Unn deg et eget eksemplar av

UTPOSTEN

Det koster kr. 450,- pr år!

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

NAVN

ADRESSE

POSTSTED

afinion™
POINT OF CARE CENTER

Enklere kan det ikke bli!

- Enkelt, raskt og brukervennlig
- Praktisk og sikert
- Helsestatistik
- Lite blodvolum
- Multiparameter analysesystem
- Mulighet for journalskriving

**ANALYSEMYNT**

- HbA1c
- CRP
- Kreatin
- ACR
- PTINR
- HbP
- Høy
...og flere

MEDINOR
DIAKOS-SHOCK-WAVE

Medinor ASA, Pb. 94, Bryggen 5611 Oslo
 Tel: 22 67 65 00, Fax: 22 67 65 05, www.medinor.no



SELEXID®

pivmecillinam



Velger du «grønt» eller «rødt» når du behandler urinveisinfeksjoner (UVI) empirisk?

	% resistente E. coli*, isolat fra urin*	smalspektrert	øvre og nedre UVI	bruk i hele svangerskapet	baktericid	pro-drug (inaktivt for absorpsjon)	penicillin
Selexid®	0,5	+	+	+	+	+	+
ampicillin/amoxicillin	25,1	-	+	+	+	-	+
ciprofloxacin	2,5	-	+	-	+	-	-
nitrofurantoin	2,0	-	-	+	-	-	-
trimetoprim	18,5	-	+	-	-	-	-
trim-sulta	15,5	-	+	-	+	-	-

* isolat fra allmennpraksis

Selexid® – anbefalt til empirisk behandling av UVI, både i allmennpraksis og institusjon¹⁻³!
Selexid® – dokumentert nedbrytbart i naturen⁴!

Ref:

1. Smitzvermløven. Håndbok Antibiotika i allmennpraksis. Statens helsestyring, Oslo 1999: 47-55. <http://www.helsestyringen.no>
2. Smitzvermløven. Håndbok Bruk av antibiotika i sykehus. Statens helsestyring, Oslo 2001: 48. <http://www.helsestyringen.no>
3. Håndbok i bruk av antibiotika i sykehus. Helse Vest, Bergen 2005: 11-13. <http://www.biotika.helse.no>
4. NORMINORH-VET 2005 Tromsø-Oslo 2006: 71.
5. Halling-Sørensen, B et al. J Antimicrob Chemother 2000; 46 (Suppl. SII): S3-8.

C Selexid® LEO®
Aminidinopencillins.

Ti 19, 38

ATC-nr.: J01C A08 og J01C A11

PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSV/ESKE, opplosning 400 mg. Hvert sett innh.: I) Hengglass: Meccilinam 400 mg. II) Hengglass: Sterilt vann 6 ml. J01C A11. TABLETTER, klindrasjer 200 mg. Hver tablet: innh.: Pivmecillinamklorid 200 mg, hjelpestoff: J01C A08. **Indikasjoner:** Urinveisinfeksjoner forårsaket av meccilinamsomme mikroorganismer. **Dosering:** Peroralt: Tablertene tas med rikelig drikke, ofte 3 dagers behandling, såkalt korttidsbehandling, være tilsvarende. Gravide kvinner bør, uavhengig av preparat, behandles lenger. Pasienten bør etterkontrolleres med hen syn til bakteriur. Barn: Normaldose: 20 mg/kg/døgn. Barn: 20-40 mg/kg/døgn fordelt på 3-4 doser. **Til intramuskulær injeksjon:** Pulveret (400 mg) opploses i 2 ml sterilt vann umiddelbart før bruk. **Til intravenøs injeksjon:** Pulveret (400 mg) opploses i 4 ml sterilt vann umiddelbart før bruk. Opplesningen er svakt sur. **Til infusjon:** Den opplesste infeksjonslösningen tilsettes 50-100 ml fysiologisk saltvann. Infunderes iv (slow-drip): I løpet av 15-30 minutter. Ingen dosereduksjon ved kombinasjonsbehandling. **Kontraindikasjoner:** Penicillallergi og type I reaksjon overfor cefalosporiner. Østofagusurikur (tablertene). Pivmecillinam (tablertene) er kontraindikert hos pasienter med genetiske metabolismeanomalier av typen organiske acider som metymalonsyre, propionyreatidinol o.l. **Forsiktighetstegn:** Det foreligger en vis risiko for karminanngift. Preparatet brukes med forsiktighet og doseres etter kroppsvekt hos barn og underemalte, f.eks. pasienter med lav muskulmasse. Gjenstår, kontor behandlingskurer (7-10 dager) bør ikke gi med mindre enn en til minutters intervall. Langsiktig behandling (to måneder eller lengre) hos eldres bør, vil gi en redusjon av karminatgrense til ca. 40 % av det normale. Dette er nær nivået hvor mangelnsymptomer og bivirkninger kan oppstå, og bør derfor unngås. Bør ikke kombineres med valprostaglandin. **Interaksjoner:** Samtidig tilførsel av probenecid hammer den renale utskillelsen av meccilinam. Penicilliner kan i meget sjeldne tilfeller redusere absorasjonen og dermed effekten av p-piller: (I: J01C betaksiktaaksikterne 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 i å behandle gravide i en lengre tidsspann (mer enn 2 uker). Det foreligger en risiko for å påvirke fosterets karminativiteten ved at morens karminativitet senkes som følge av behandling med pivmecillinam (tablertene). **Overgang i morsemil:** Preparatet gir i liten grad over i morsemil. Det er lite sannsynlig at barn som ammes kan få skadelige effekter, selv om risiko for påvirkning av tarm- og munflora hos barnet ikke kan utelukkes. Små mengder av virkestoffet i morsemil kan gi økt risiko for sensibilisering. **Bivirkningsar:** Spredne ($<1/1000$): **Hud:** Allergiske reaksjoner. Tablertene: Hypsige ($>1/100$): Gastrointestinale: Kvalme, brekkinger, diarré. Mindre hypsige: Hud: Blistarer. Sjeldne ($<1/1000$): Gastrointestinale: osmotisk og østofagusulcerasjon. Hud: Allergiske hudenreaksjoner: ørvinge. Muskelkretshet: pga. karminanngift. **Egenskaper:** Klassifisering: Meccilinam er et smalspektrert aminidinopencillins med spesiell hoy aktivitet mot Gram-negative bakterier tilhørende Enterobacteriaceae; som E. coli, Klebsiella, Proteus, Enterobacter, Salmonella, Shigella og Yersinia. Esteren pivmecillinam virker som pro-drugs, er synstabil og absorberes godt gastrointestinalt. Den hydrolyses raskt til aktiv meccilinam. Relativt stabil overfor penicillinas. Fra Gram-negative staver ikke krysressistens med andre antibiotika, unntatt ved meget kraftig penicillinasproduksjonerende stammer. Forholdsvis lav aktivitet overfor Gram-positive bakterier og Hifluerus. Også Staphylococcus saprophyticus kan påvirkes av de høye koncentrasjonene av meccilinam som opprinnelig oppnås i urinen. Enterokokker og Pseudomonas er resistente. **Virkningsmekanismus:** Bactericid. Hemmer cellevegglysinet, angrepspunktet er forskjellig fra andre penicilliner. Synergetisk effekt oppnås derfor ved kombinasjon med andre penicilliner eller cefalosporiner. **Absorpsjon:** Pivmecillinam absorberes godt peroralt, uavhengig av matnedsatt. 200 mg pivmecillinam peroralt gir maksimal serumkoncentration på ca. 15 µg/ml. **Proteinbinding:** 5-10 %. **Fordeling:** Spesiell: høye koncentrasjoner i urin og galle. **Halveringstid:** Ca. 70 minutter. **Metabolisme:** 8-23 % av gitt dose kan påvirkes som metaboliter. **Utskillelse:** Hovedsakelig via nyrene, ca. 50 % i løpet av 6 timer. Forsinket ved nedsatt nyrefunksjon. **Oppbevaring og holdbarhet:** Infusionslösningen skal anvendes innen 6 timer etter tilberedning. Rekonstruert infeksjonsvæske bør brukes umiddelbart. **Andre opplysninger:** Meccilinam fjernes ved dialyse. Infusionslösningen bør ikke tilsettes andre farmaka og bør ikke bländes med andre infeksjonsvæsker. **Pakninger og priser:** (per 01.01.2007): Infeksjonsvæske: 10 sett kr 292,50. Tablett: 100 stk. kr 474,10. Empac: 20 stk. kr 117,30, 30 vks. kr 162,60.



LEO Pharma AS
Lilleakerveien 25 . 0283 OSLO
Tlf: 22 51 49 00 . Faks: 22 51 49 01
www.leo.no . info.no@leo-pharma.com

© LEO januar 2007.
All LEO Trademarks mentioned belong to the LEO Group.

Trykk: Molvik Grafisk AS 12206

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

Eg hadde nettopp vore i gravferd til ein kjær onkel da eg fekk denne utfordringa. Eg valgte dette diktet av Jan Magnus Bruheim; Innover viddene. Denne onkelen min var sambygding med Bruheim og født året etter han – altså i 1915. Så han blei godt over 90 år. Han var ein litteraturelskar – og kjennar langt utover det vanlege. Han hadde valgt ut dette diktet til minnestunda si. Diktet kan lesast som tankar på slutten av livet, men eg vil også bruke det som ei slags oppmuntring etter ein slitsom dag. Da kan eg drøyme meg bort og kjenne gleda ved å gli på ski eller gå på fottene innover viddene, eller kjenne på fellesskapet eg har med venner / kollegaer.

(Jan Magnus Bruheim har gjennom alle år vore vår forfattar, i og med han var født i nabokommuna til Vågå. Han var født i Skjåk i 1914 og arbeidde som lærar i Vågå ei periode frå 1957.)

Eg utfordrar Hilde Janbu som er ei fantastisk venninne og ein flott kollega. Ho jobbar på Moholt legesenter i Trondheim

Synnøve Holmo
shoelmo@broadpark.no

Innover viddene

Når dagens kav og møde
synet blindar,
når augo trøytnar
og kan lite sjå
og gjennom hugen
går dei myrke vindar
som bleikjer blad og blom
og knekkjer strå,
ris fjellheimen
med sine tindar
lyfte mot himmelblå.
Innover – innover,
vide ligg viddene
der vi kan gå.
Ein stad er det viðsyn,
Der kan du vandre
Innover viddene
i ditt sinn,
til synet fangar dei andre,
som skjelv
for den same vind.
Jan Magnus Bruheim



Uforglemmelige møter...



«Det var nå følt å skulle bry doktor'n så seint». Det var det første han klarte å si, der han satt og nær sagt dinglet med bena over gravkanten han nettopp var blitt hentet opp fra. Lungeødem og KOLS hadde kappes om å få sende Sigurd over til den andre siden. Turnuskandidaten hadde imidlertid snytt ferjemannen for en passasjer denne natten. Det var første gang jeg følte jeg hadde reddet liv. Men størst inntrykk gjorde åpningsreplikken hans.

«Nå kommer det igjen, smertene, de grusomme smertene, jeg holder ikke ut... Nei der ga det seg visst...» Usynkron peristaltikk er no' dritt – spesielt om natten, og især klokken ett. Og halv to. Og kvart over to. Og ti på tre. På tross av at n' Sigvald åpenbart var sårt lidende, brygget det opp til en alvorlig lojalitetskonflikt mot forpliktelsene gitt under ed til Hippokrates. En streng, men kjærlig oppdragelse bidro imidlertid til besinnelse – og erindring av Mors gode råd de gangene jeg selv led under takvise forverrelser: Varme omslag! Klokken fem ringte telefonen igjen, og ut fløt de uforglemmelige ord: «Jeg måtte bare takke for den gode hjelpen. Nå er det bra...»

«Det er nok 'farken, ja...» Blant de som også bidro sterkt til kollegenes ønsker om sentralisert nattlegevakts, var n' Sigleif. Med stor regularitet ringte han fra sin ensomme seng og forkynnte sitt forestående hjerteinfarkt – . Han hadde hatt et «imfark» én gang for flere år siden, og visste med usvikelig sikkerhet når det var det i gang igjen. Det hjalp ikke at gjentatte utsyrkninger, respektfulle og ordentlige legevurderinger aldri påviste noe galt. Vikarer og turnuskandidater la ham som regel inn, og fikk tilbake blåkopi-epikriser der bare datoene skilte. Hans høye vedstabler og aktivitetsnivå på dagtid, når solen stod høyt og blendet alensomheten, gav oss styrke og ro til «å se det an». Men det måtte jo skje en gang: En vikar la ham inn en mørk og stormfull natt, og blodprøvene viste at det hadde faktisk gått med noen hjerteceller. Legen forsøkte å mildne dommen med «det er ikke så alvorlig, faktisk bare et snev av hjerteinfarkt». Tilliten til oss lokale leger var arytmisk nok fra før, og gikk derfra rett i stans. De nattlige telefoner fikk siden en ny dimensjon: «Nå er det nok sneven, ja...». Og til de som ikke visste bedre, og måtte spørre – responderte han med oppgitt og overbærende selvfølighet: «Sneven av 'farken vel...» Han døde flere år senere – av noe helt annet.

«Tvinger du en vestfjerdning å flytte på østsida, kan du like gjerne ta livet t'an». Han sa så, han Sigwart, fra sin utsikts-

*Historier fra
virkeligheten*

post til verden utenfor: en boso av en seng som hadde innen gripevidde det nødvendigste til hverdags, samt sedimentære lag med innslag fra dyre-, plante- og mineralrike...! Det gikk ikke lenger. Etter flere års skrøpelig balanse på forsvartighetens knivsegg, hadde hjemmesykepleien trått gjennom de råtne gulvbordene en gang for mye. Frisk luft fra en rekke unaturlige åpninger i det falleferdige byggverket klarte nesten å fortrenge eimen fra et innestengt liv. Vinteren nærmet seg, med kuling i kastene. Gode naboen hadde lenge og regelmessig sørget for matforsyninger, og trusler om medieomtale. Og nå var kommunelagen tilkalt «for å ordne opp». Men Sigwart hadde sin egen klare oppfatning av «verdige forhold», og var sterkt i overbevisningen. Han hadde mat, vann (kaldt), en stor svart katt og passelig svekket korttidshukommelse. Og nok våpen og ammunisjon viste det seg til å kunne erklære «Plassen» som selvstendig stat, om han skulle finne på det. Men tid, gode krefter – og en liten hvit en, om forestående oppussing, førte Sigwart med verdighet østover, over brua, til en enkel, hensiktsmessig leilighet – med utsikt til Vestsida. Verdenen og verdigheten slik han kjente den, gjenskapte vi rundt den selvlagde rammesengen. Han fant roen, men bevarte lengten.

«Helt fint», sa Sigfrid. Hun var nettopp kommet hjem fra sykehuset i rullestol. Utskrivningsklar er, som kjent, ikke det samme som ferdigbehandlet, og det var ett og annet å følge opp. Høyre benet hadde kirurgen nettopp tatt. Synet på høyre øyet hadde diabetesen tatt tidligere. Og venstre siden hadde nå liksom ikke vært helt det samme siden slaget. «Jeg har det fint...» gjentok hun, med sitt nå skjeve smil – og litt høyere – fordi legen med det litt måpende utrykket muligens ikke hadde hørt det. «Alle er så snille. Familien, naboen og hjemmesykepleien hjelper til med det jeg ikke klarer selv. Så har jeg hjemmehjelp og får varmt mat på døren. Ikke har jeg mer vontd enn jeg kan tåle, takket være medisinene dine. Jeg har all den hjelpen jeg trenger. Kan da ikke klage da...»

They don't make 'em like that any more...

Jens A. Mørch – Kommuneloge I i legeme, fremdeles allmennpraktiker i sjel.



Regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsentuavhengig lege-middelinformasjon. Vi er et team av farmasøyter og kliniske farmakologer og besvarer spørsmål fra helsepersonel om legemiddelbruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens leser.

Auka sensitivitet for warfarin

Spørsmål til RELIS

Hos nokre pasientar gir standard oppstartsregime med Marevan (warfarin) svært høge INR-verdiar. Kva kan dette skuldast? Kva mekanismar ligg bak ei auka følsemd for warfarin?

Svar

Effekten av vitamin K-antagonistar bestemmas ved protrombintid (PT) som er følsam for koagulasjonsfaktorane II (protrombin), VII og X. Effekten rapporteras normalt som ein ratio mellom pasienten sin PT og PT målt i eit normalplasma, og ved standardisering mot eit referansetromboplastin kallast denne ratioen INR (International Normalized Ratio) (1). Ved analysering av INR er det viktig å ta omsyn til at det er ei forseinkning frå start eller dosejustering av antikoagulasjonsbehandling og til endelig terapeutisk effekt. Målet med warfarinbehandling er ein gradvis reduksjon av vitamin K-avhengige koagulasjonsfaktorar til eit nivå som ligg på 20–30 prosent av det normale. Reduksjon av faktor II og X utgjer hovuddelen av den antitrombotiske effekten av warfarin, desse faktorane har halveringstider i plasma på 2–3 dagar. PT-INR analysen er imidlertid initialt mest følsam for faktor VII som har ei halveringstid på 4–6 timer. INR kan såleis vere i eit terapeutisk område før full behandlingseffekt av warfarin er oppnådd. Full behandlingseffekt vert først nådd etter 4–8 dagar og PT-INR-analysen gir det beste biletet av antikoagulasjonseffekten når måla i stabil behandlingsfase. Halveringstida for warfarin varierer, men vil i gjennomsnitt vere 36–48 timer, lengre hos eldre. Etter avslutta behandling kan effekten av warfarin vare inntil omlag 10 dagar (1).

Terapi kompliserast ikkje berre ved at effekten av ei enkelt dose først sjåast etter ei tid, det er også ei mengde andre tilstandar som modifiserer sensitiviteten for warfarin.

CYP2C9

S-warfarin, den mest potente enantiomeren av warfarin, metaboliseras av CYP2C9. Genetisk variasjon i enzymet CYP2C9 er ei kjent forklaring på variasjon i warfarinsensitivitet. Enzymvariantane CYP2C9*2 og CYP2C9*3, som er resultat av mutasjoner i genet for CYP2C9, ser ut til å vere assosiert med redusert metabolismekapasitet og auka risiko for blødningar. Dei to enzymvariantane har om lag 12 prosent og fem prosent av enzymkapasiteten til opphavleg CYP2C9. Om lag ein tredjedel av kaukasarar har mutasjonen i ein allele, medan om lag tre prosent har mutasjonar i begge allelar (2). Enzymvariantane er imidlertid svært sjeldne i afroamerikanske og dei fleste asiatiske populasjonar (3). Individ med mutasjonar i CYP2C9 vil ha behov for langt lågare doser av warfarin samanlikna med individ med normal enzymaktivitet, t.d. er det for individ homozygote for CYP2C9*3 rapportert om daglege vedlikehaldsdoser av warfarin på 0,75 mg daglig, dvs. i overkant av ein kvart tablet Marevan (4).

VKOR

Warfarin hemmar enzymet vitamin K-epoksidreduktase (VKOR) som er ansvarleg for resirkulering av oksidert vitamin K til redusert vitamin K i kroppen. Redusert vitamin K er den forma som er naudsynt for karboksylering og dannning av dei funksjonelle vitamin K-avhengige koagulasjonsfaktorane (5). Ulike mutasjonar i genet for VKOR er assosiert med både auka resistens og auka sensitivitet ovanfor warfarin. Mutasjonar i VKOR-genet VKORC1 kan delast i tre grupper; VKORC1*2 gir auka warfarinsensitivitet,

medan VKORC1*3 og VKORC1*4 gir nedsett sensitivitet for warfarin (6). Et nedsett utrykk av VKOR i lever kan forklare sensitiviteten, da mindre enzym er tilgjengelig for å resirkulere vitamin K og såleis danne funksjonelle koagulasjonsfaktorar. Dei ulike mutasjonane varierer også her mellom ulike etniske grupper, men førekommst og effektar er ikkje like vel studert som tilfellet er for CYP2C9. Studier har vist at ulike genotyper av CYP2C9 og VKORC1 kombinert med miljømessige faktorar som alder og vekt, forklarar 2/3 av dei interindividuelle variasjonane i dosering av warfarin (2).

For pasientar med avvikande dosering av warfarin kan det vere hensiktsmessig med genotyping av CYP2C9 og VKORC1. Analyse av CYP2C9-genotype utførast ved fleire laboratorier i landet, medan genotyping av VKORC1 føreløpig ikkje er like etablert på landsbasis. Det visast til laboratorier som utfører testane for ytterligare informasjon og andre praktiske forhold (7).

Anna

Warfarin har ei rekke kliniske viktige interaksjonar med andre legemiddel. Både farmakodynamiske og farmakokinetieske interaksjonar inngår, inkludert hemming eller induksjon av CYP2C9. Vitamin K-avhengige koagulasjonsfaktorar produserast i lever. Ved forstyrring i normal leverfunksjon, t.d. ved leversjukdom kan dette føre til redusert syntese av koagulasjonsfaktorar og såleis gje ei auke i PT. I nærvær av warfarin vert denne auka i PT forsterkt. Medfødde koagulasjonsdefektar eller faktormangel av andre årsaker kan også gje ei auke i PT. Hypermetabolske tilstandar som feber eller hyperthyreose kan auke warfarinsensitiviteten og dette skullast auka katabolisme av vitamin K-avhengige koagulasjonsfaktorar. Sjølv nedbrytinga av warfarin blir uforandra (8). Warfarin er ein vitamin K-antagonist og effekten kan såleis motverkast av tilførsel av vitamin K gjennom kosthaldet (1). Fysiologiske K-vitaminer er feittløyselege og absorberast ikkje ved manglende utskiljing av galle til tarmen. Andre former for malabsorpsjon, t.d. ved celiaki, tarmfistlar eller ekstensiv tarmreseksjon vil også kunne påverke pasienten sin sensitivitet ovanfor warfarin (5). Avslutningsvis gjerast det også merksam på at preparatontalen for Marevan nyleg vart endra. Mellom anna er anbefalt oppstartsdoze redusert og det er no angitt målverdiar for INR mot tidlegare angjevne intervall (9).

Konklusjon

Ved analysering av INR etter oppstart med warfarinbehandling eller endring i dosering, må det takast omsyn til at full behandlingseffekt først vert oppnådd etter 4–8 dagar. Tidsintervallet frå start av antikoagulasjonsbehandling

til full effekt av warfarin svarar til plasmahalveringstida av allereie danna koagulasjonsfaktorar. Etter avslutta behandling kan effekten av warfarin vare inntil omlag 10 dagar. Ved nedsett metabolisme og auka sensitivitet ovanfor warfarin kan det ta ytterligare tid før INR returnerer til utgangspunktet. Genetiske polymorfismar i CYP2C9 og VKORC1 kvar for seg og i kombinasjon synast å ha stor innverknad på warfarinsensitiviteten. Også andre legemiddel og tilstandar kan påverke effekten av warfarin analysert ved INR. I alle tilfelle er det viktig å ta omsyn til at både blodingsrisiko og terapisvikt er to aspekt ved warfarinbehandling som begge krevjer merksemd.

Referansar

- Reikvam og Sandset, red. Warfarinbehandling i praksis, tryggere antiagulasjon. Skriftserie for leger fra Den norske legeforening, 2005.
- Kamali & Pirmohamed. The future prospects of pharmacogenetics in oral anticoagulation therapy. Br J Clin Pharmacol 2006; 61:6, 746–51.
- Sanderson et al. CYP2C9 gene variants, drug dose, and bleeding risk in warfarin-treated patients: A HuGEnet™ systematic review and meta-analysis. Genet Med. 2005 Feb; 7(2): 97–104.
- Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell. <http://www.legemiddelhandboka.no/> (20.02.2007).
- Tabrizi et al. Extreme Warfarin Sensitivity in Siblings Associated With Multiple Cytochrome P450 Polymorphisms. Am J Hematol 2001; 67: 144–6.
- Gleisen et al. VKORC1 haplotypes and their impact on the inter-individual and inter-ethnic variability of oral anticoagulation. Thromb Haemost 2005; 94: 773–9.
- Laboratorietjenester ved Rikshospitalet HF. <http://www.rikshospitalet.no/>.
- Herfindal, Gourley, editors. Textbook of therapeutics: drug and disease management 2000; 7th ed.: 968.
- Statens legemiddelverk. Preparatontale (SPC) Marevan. <http://www.legemiddelverket.no/preparatontaler> (Sist endra: 13.02.2007).

Tina Bakkebø
Rødgjevar, cand.pharm.

Jenny Roed
Rødgjevar, cand.pharm.

Ad.: Relis i Utposten nr. 1 2007

I Utposten nr. 1 2007 var det en artikkel under Relis på side 40 og side 41. Forfatterne av denne artikkelen var: Elisabet Nordmo og Lars Småbrekke. Ved en feil var Per Lagerloev og Tone Westergren oppført som forfattere.

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 fram på, folkens

*Lærerike
kasuistikker*

En påsketur

Da jeg var ganske liten, for 20–30 år siden, deltok jeg som påskelege i den nasjonale påskeberedskapen i fjellet. Jeg var allmennlege, og jeg så mye interessant gjennom mine allmenne påskesolbriller. Noen av problematikkene kan, med litt smidighet og velvilje, overføres til våre daglige små og store prioritettingsoppgaver. Historien er litt anonymisert, men jeg vet den er sann, for jeg hørte den selv av LVS på basen da de landet.

Kasuistikk

En gråhvit påskemorgen, med lavt skydekke og lett snødrev, fikk en eldre dame brysmerter. Hun var på hyttetur med sin søster. Den syke var pensjonert medisinsk oversykepleier på et universitetssykehus, så hun visste jo hva slike symptomer kunne bety. Derfor tilkalte hun den flinke hudlegen som var på ferie noen høyer lenger øst. Han bestemte at luftambulansen fra Lørenskog skulle varsles, så hun kunne fraktes til Ullevål. Varslingen ble gjort, men NLA videresendte, helt korrekt, meldingen til den store påskeberedskapsbasen med Sea King helikopter på. Basen var jo bare et par mil fra den sykes hytte. Vakthavende påskelege som var en meget erfaren legevaktsjef (LVS) fra en av landets største byer, følte et dilemma siden han jo ikke hadde mye informasjon om damen og hennes tilstand. Men det var jo tross alt allikevel folk fra et helt universitetssykehus som alarmerte. Han valgte derfor naturlig nok å scramble helikoptermannskapet, og de flyg så, alle fem, av sted i dårlig sikt og derfor svært lav høyde. De skulle finne en rød bil ved samvirkelaget og fly etter den.

Vel framme fant de bilen, fulgte etter den og landet da den stoppet ved en hytte. LVS hoppet ut med sine akuttkofferter og løp bort til nærmeste hytte. Der sto det et par sportskledde eldre damer. «Hvor er pasienten?», «Det er meg det», sa den ene. «Har du mye vondt?» «Nei, det varte bare en kort stund, så jeg er helt fin nå.»

LVS tenkte da at han burde ta damen med seg ned på samvirkelaget og ta en kopp kaffe og snakke om tingene og at hun så kunne ta drosje til stasjonen og ta toget til sykehuset.

Han syntes allikevel han måtte fortsette å spille med når det først var rekvisert ulykning, og de var kommet så godt i gang. Det ville heller ikke være greit hvis hun ble dårlig etter hvert. Damen ble derfor undersøkt litt og så tatt med i helikopteret for å bli flyvet til nærmeste sykehus. Det var fortsatt snødrev og skyene lå nedpå. De flyg over det store vannet og videre langs riksveien. Etter hvert begynte Sea King skipperen å småbanne og antyde at han var redd han skulle ødelegge skiboksene på bilene på veien, så lavt som de måtte fly. Da LVS etter hvert mente at rotoren måtte ha klippet toppen av de fleste juletrærne langs veien, fant skipperen ut at det ikke gikk an å fly der, når de ikke kunne se noe. De ga opp, rekviserte, over radioen, ambulanse fra dalen og flyg tilbake til hotellet sitt på fjellet.

Der fikk damen hvile seg litt, mens de alle ventet på ambulansen som nå kom oppover hårnålsvegen i dalsiden i flott ulykning. Midt opp i lia kolliderte den med kommunens andre ambulanse som var på vei hjem. Ingen personer ble særlig skadet, men de hadde brukt opp ambulansene sine.

Da LVS fikk vite om kollisjonen rekviserte han drosje og sendte damen til sykehus.

Der fant de ut at hun var frisk.

En slik liten historie kan tolkes på mange måter. Det er også blitt gjort.

Den er mye mer aktuell, og egentlig mindre latterlig, i dag da AMK henter stort og smått rett inn i sykehuset og mange faktisk skal videre til stenting.

Den gangen var det ett til to års ventetid på akutte coronaroperasjoner.

Tips til elevøvelser

DISKUTER I GRUPPA: A. Bør vi alltid sette alle kluter til? B. Når bør man tørre å kansellere hvilke oppdrag? C. Hva skulle hudlegen gjort? D. Tror dere LVS var selvironisk eller selvrettsferdig etterpå? E. Hvor mange farlige situasjoner oppsto? F. Bør vi fraråde påsketur?

SVAR: LVS var alltid selvironisk og derfor en veldig grei kar.

Erling Egenes

/helsebiblioteket.no

Nyttig på nett for helsepersonell

Helsebiblioteket gir helsepersonell gratis tilgang til nyttig og pålitelig informasjon på internett.
Vi har en unik samling kunnskapskilder og praktiske verktøy på ett nettsted:

The screenshot shows the homepage of helsebiblioteket.no. Key sections highlighted include:

- finn retningslinjer både fra Norge og utlandet** (find guidelines from Norway and abroad) - points to the "RETNINGSLINJER" section.
- relevant fagstoff om psykisk helse*** (relevant academic material on mental health) - points to the "Psykisk helse" link under "EMNEBIBLIOTEK".
- praktiske verktøy** (practical tools) - points to the "Andre ressurser" section.
- Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL)** (Norwegian Electronic Clinical Handbook) - points to the "Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL)" link under "Andre ressurser".
- nyheter om våre tjenester og hvordan du holder deg oppdatert** (news about our services and how you keep yourself updated) - points to the "Nyhet" section.
- fri tilgang til over 1800 tidsskrifter i fulltekst** (free access to over 1800 journals in full text) - points to the "TIDSSKRIFTER" section.
- god oversikt over oppsummert forskning** (good overview of summarized research) - points to the "OPPSUMMERT FORSKNING" section.
- de viktigste databasene:** AMED, Cinahl, Embase, Medline, PsycINFO, Cochrane Library, Clinical Evidence - points to the "DATABASER" section.
- kontakt oss gjerne** (contact us) - points to the "KONTAKT" section.
- søk lokalt: I våre artikler og omtaler** (local search: in our articles and reviews) - points to the search bar and the "SØK" button.
- nyttige kilder for ulike type spørsmål du har** (useful sources for different types of questions you have) - points to the "NYTTIGE KILDER FOR SPØRSMÅL DU HAR" section.

*Flere emnebibliotek kommer i 2007:

- folkehelse og samfunnsmedisin
- forgiftninger
- legemidler

www.helsebiblioteket.no

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Helsebiblioteket drives i henhold til egne vedtekter og er redaksjonelt uavhengig.

Redaktør: Magne Nylenhaug, prof. dr.med.

E-post: redaksjonen@helsebiblioteket.no

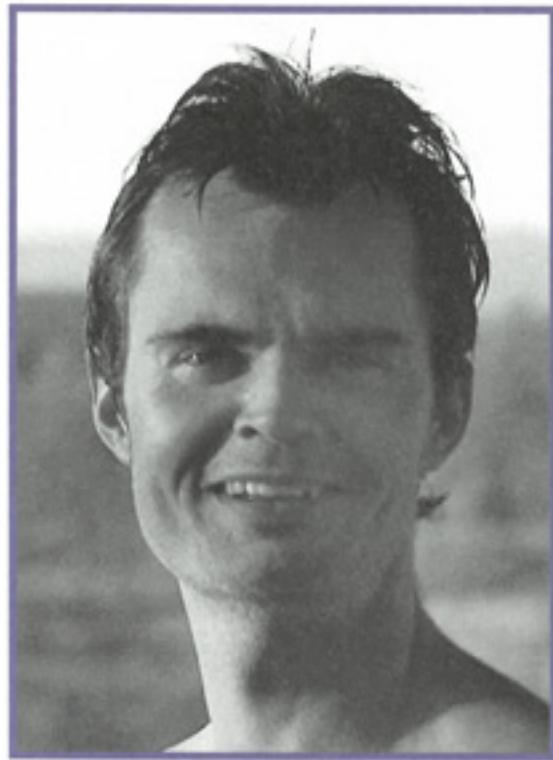
Besøksadresse: Pilestredet Park 7, Inngang Stensberggaten, Oslo.

Postadresse: Postboks 7004, St. Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf. 23 25 50 00

TIM NANSEN

FORBIFARTEN



**STILLING
ALLMENNPRAKTIKER**

ARBEIDSSTED
FORSKJELLIGE VIKARIATER
RUNDT OM I NORGE MED EN
FORKJÆRLIGHET FOR NORD-NORGE
OG SPESIELT LOPPA I FINNMARK
SOM ER BLANT DE VAKRESTE
STEDER JEG VET OM.

HAR VÆRT PÅ OPPDRAG
FOR LEGER UTEN GRENSER
OG ØNSKER Å GJØRE
DET IGJEN.

Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

Utdannet i Oslo i 2000, turnustjeneste på Kirkenes sykehus og i Loppa kommune.
38 år, liker både fjell og fjord. De som ellers er mer vitebegjærlige etter å ha lest
intervjuet, får heller ta kontakt. E-posten min er timelim@mac.com

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

De eldre pasientene kaller meg ofte doktor Nansen. Yngre pasienter nøyer seg med etternavnet, mens barna kaller meg for doktor Tim.

Hva gir deg mest glede?

Denne listen kan fort bli lang, gitt! Ingen enkeltfaktor gir meg mest glede, det er så avhengig av tid, sted og situasjon. Jeg får bare ramse opp noen: Samvar med gode mennesker (både profesjonelt og sosialt), klinkekuleøyne til et barn som kommer seg etter alvorlig sykdom, skitur på gnis-

trende føre, lukten av en liljekonvall, et stykke godt utført arbeid, å være ombord i legebåten i en herlig høststorm, et fallskjermhopp med andre smilende fjes, enkeltmenneskers glødende engasjement for en god sak (f.eks. folkene på Leger Uten Grensers kontor i Oslo), nytrukket torsk, latterkrampe, drømmer, and so on...

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

Har begynt med Yoga! Ryggen krangler ikke lenger, nakken er blitt lang og stolt som på en sjiraff, og jeg har aldri vært mere stol enn jeg er nå!

Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

Når jeg har bidratt til å løse problemet som pasienten kom til meg med, kanskje spesielt hvis de går ut av kontoret med et smil om munnen.

Når gjør du uviktig arbeid?

Når jeg teller binders.

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

Noe som har slått meg i allmennpraksis er det store antallet pasienter som er dehydrert, spesielt blant den eldre pasientgruppen. Jeg tror de fleste mennesker i Norge drikker for lite, og da mener jeg vanlig rent vann. Det kunne vært interessant å forske på konsekvensene av langvarig relativ dehydrering. Hvilken innvirkning har det på hjerte/karsykdom, diabetes, urinveislidelser, psykiske lidelser, hormonbalansen, fordøyelsen, osv? Jeg ville også forske på sykdommer som HIV, Malaria, Tuberkulose, sovesyke, osv. Disse sykdommene dreper millioner av mennesker hvert år, men de blir ikke prioritert av legemiddelfirmaene som ikke ser tilstrekkelig profitt i slik forskning.

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

Endel pasienter innser at i tillegg til rent medisinsk behandling, må de legge en betydelig egeninnsats til grunn for å bli bedre. Slike mennesker er spennende å jobbe med, og resultatet er ofte gledelig!

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

Hvordan gjør du det?

Sinne kommer i mangel av en bedre måte å løse en situasjon. Det har hendt at jeg er blitt sint på en pasient, men jeg har etterpå angret og ønsket jeg hadde taklet det på en bedre måte. Å bli sint er litt som å tisse på seg, det er veldig behagelig der og da, men det blir som regel mye sol.

Hvis du ikke var lege, hva gjorde du da?

Arkitektur er et fascinerende yrke hvor estetikk, kreativitet, funksjonalitet og vitenskap møtes. Se på linjene til F.L.Wright, kurvene til Gehry, Snøhetta eleganse (som bør få tegne resten av Bjørvika!!). Men jeg kan ikke tegne en sirkel med en passer en gang, så jeg ville passet bedre som sjømann eller barnehageonkel eller lærer eller møbel-snekker eller jurist eller akrobat.

Du er helseminister for én dag. Budsjettkontrollspøkelsen gjør at du må flytte midler fra et formål til et annet.

Hvem får mer, hvem får mindre med deg som minister?

Psykatrien i Norge mangler ressurser. Det er fortvilende å henvise pasienter med f.eks. alvorlig depresjon som ikke lar seg behandle tilfredsstillende i primærhelsetjenesten, og få brev fra DPS om at opptakskriteriene ikke er oppfylt eller at ventetiden for tiden er lang. Dette har jeg som henvisende lege opplevd altfor ofte. Hvor jeg skal ta pengene fra? Hm... Som en schizofren pasient en gang sa, «vi har alle vårt». Psykatri angår oss alle på en eller annen måte, så da får jeg øke skatten med 100 kroner per pers. Vips, der skafset jeg en halv milliard, gitt!

Hva bør primærhelsetjenesten prioritere de neste tre årene?

Større fokus i alle alderstrinn på det som på godt norsk heter fysisk fostring. Vi er ikke skapt for å være så inaktive som hverdagen i det norske samfunnet legger opp til. Sofa, bil, kontor, heis, fjernsyn, kjøpesentre, TV-spill, osv. Vi omgir oss med tjenester som inaktiverer kroppen (og knollen!) vår.

Hvilket sykehus er Norges beste?

Jeg har ikke vært borti alle norske sykehus, så det vet jeg ikke 😊. De sykehus i Norge som har et godt samarbeid med primærhelsetjenesten hva klinisk kompetanscheving, pålitelig kommunikasjon og god pasientformidling angår, gjør i hvert fall noe bra! Jeg tror det kastes bort mye tid og penger pga dårlig samarbeid mellom første- og andrelinje helsetjenester i Norge.

Spørsmål fra Øyunn Holen: Hva var det som fikk deg til å reise ut med Leger Uten Grenser?

Jeg hadde tiden, lysten, anledningen og kompetansen til å gjøre en innsats for Leger Uten Grenser, en organisasjon som gjør en formidabel jobb med å hjelpe mennesker i den ytterste nød. Jeg følte nærmest en plikt til å bidra, ikke bare som lege, men også som medmenneske. Vi lever fett i Norge og Vesten, den perverse kontrasten mellom rike og fattige land er betenklig...

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

Annichen er kommunelege i Loppa i Finnmark.

Hva fikk deg til å velge det ytterste havgap som arbeidsplass og bosted?

C Ebixa "Lundbeck"

Middel mot demens. • ATC-nr.: N06D X01

DRÅPER, opplosning 10 mg/g; 1 g inneh: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbit (E 202), sorbitol, nemset vann. TABLETTER, filmdräjerade 10 mg: Hver tabletten inneh: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktosé, hjelpestoffer. Med delestrek. **INDIKASJONER:** Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING:** Behandlingen bør initiertes 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 monitoren pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. Voksne/eldre: Maks daglig dose er 20 mg. Risikoen for blivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg pr. uke i de første 3 ukene opp til vedlikeholdsdose på følgende måte: Behandlingen bør begynne med 5 mg daglig (en 1/6 tablet/10 dråper om morgen) i den første uken, 10 mg daglig i den andre uken (en 1/3 tablet/20 dråper 2 ganger om dagen) og 15 mg daglig i den tredje uken (1 tablet/20 dråper om morgen og en 1/6 tablet/10 dråper på ettermiddagen eller kvelden) anbefales. Fra den fjerde uken fortsettes behandlingen med en anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg daglig (1 tablet/20 dråper 2 ganger om dagen). Kan tas uavhengig av måltider. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatinin clearance <40-60 ml/minutt/1,73 m²) anbefales maks. 10 mg. **KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet for memantin eller et eller flere av hjelpestoffene. **FORSIKTHETSREGLER:** Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi, som har hatt tidlige episoder med krampefall eller pasienter som er predisponeert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadín, ketamin eller dekstroketamorfan bør unngås pga. økt risiko for blivirkninger. Overvåkning 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 intakt av sylinderativerende midler, renal tubular acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med *Proteus* bakterie) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som mylg har fått hjerteinfarkt, ubehandlet kontinuerlig hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høy blodtrykk overvåkes nøye. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsætte 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 baclofen, kan modifisere deres effekt og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadín, ketamin og dekstro-ketamorfan bør unngås pga. risiko for farmakotokisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin innebarer en mulig risiko for økte plasminaktiviteter. Redusert ekskresjon av hydroklorotiazid eller kombinasjonspreparater med hydroklorotiazid er mulig. Enkeltilfeller av økt INR ved samtidig behandling med warfarin er sett. Naye monitoring av protrombinetid eller INR arbeides. **GRAVIDITET/AMMING:** 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 naye vurdering av nytte/risiko. Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skiller ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofilt stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme. **BIVIRKNINGER:** Blivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. Hypotone (>1/100). Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine og tommeleg. Mindre hypotone: Gastrointestinale. Oppkast. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gang. Øvrige: Tretthet. Krampefall er rapportert svært sjeldent. Enkeltilfeller av psykotiske reaksjoner og pankreatitt er rapportert. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvordstyrke og selvmed og er også rapportert hos pasienter som er behandlet med memantin. **OVERDOSEERING/FORGIFTNING:** Symptomer: I ett tilfelle av overdosering (selvmordsforsk) overlevde pasienten inntaket av opptil 400 mg memantin (prakt) med virkninger på sentralnervesystemet (rasistisitet, psykose, synhallusinasjoner, krämper, somnolens, stupor og bevisstløshet) som gikk tilbake uten varige mén. Behandling: Bør være symptomatisk. **EGENSKAPER:** Klasifisering: Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-receptor-antagonist med moderat affinitet. Virkingsmekanism: Ved neurodegenerativ demens er det i akende grad bevit for at svikt i glutamatneurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-receptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverrelse. Memantin modulerer virkningen av patologisk økende spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. Absorbjon: Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. Tmax oppnål etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakoncentrationer 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 monosekvensielt med terminal t½ på 60-100 timer. Total clearance (Cl_{Tot}): 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkaliske urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. Metabolisme: Ca. 80% gjennomføres som mordersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. Utskillelse: Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, og mer enn 99% utskilles renalt. **OPBEVARING 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, Stoffler 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, Stoffler 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

www.ebixa.com



C Detrusitol SR® Pfizer

ATC-nr.: O04B D07

T DEPOTKAPSLER, hårde 2 mg og 4 mg: Hver depotkapsel inneh. Tolterodintartrat 2 mg, resp. 4 mg tilsv. tolterodin 1,37 mg, resp. 2,74 mg, hjelpestoffer: Fargastoff 2 mg. Guttenoksid (E 172), indigotin (E 132), titanoksid (E 171), 4 mg: Indigotin (E 132), standoksid (E 171).

Indikasjoner: Symptomatisk behandling av urinkontinens og/eller hyppig vanndeling og -engorge. Som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære.

Dosering: Voksen: Anbefalt dose er 4 mg 1 gang daglig. Hos pasienter med nedsett leverfunksjon eller betydelig nedsett nyrefunksjon (GFR <30 ml/minutt) er anbefalt dose 2 mg 1 gang daglig. Ved plagsomme blivirkninger kan dose reduseres fra 4 mg til 2 mg 1 gang daglig. Depotkapslene skal svøles hele og kan smas tøvetheng av mælk. Effekten av behandlingen bør vurderes etter 2-3 måneder. Sikkerhet og effekt ved behandling av barn er ikke tilstrekkelig dokumentert.

Kontraindikasjoner: Unntaksmasjon. Alvorlig ulcerøs kolitt. Tokisk megseolon. Ubehandlet trigeminalgisklem. Myositis gravis. Kjent overfølsomhet for tolterodin eller noen av de andre innholdsstoffene.

Forsikthetsregler: Skal brukes med forsiktighet hos pasienter med betydelig hindret blivirkning med risiko for urinmønstre. Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mave-tarmkanalen (f.eks. pylorusstenose), histastenose, autonom neuropati, nedsett nyrefunksjon. Leverykodem, dobor bør da ikke overstige 2 mg 1 gang daglig. Organisk ledder til vanndelingstreng og hyppig vanndeling skal støttes for behandling. Forsiktighet skal utvises hos pasienter med kjent mukofakto for QT-fordelingsfeil (f.eks. impakfakt, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som forlenger QT-intervallene) og ved relevant preklastisende hjertesykdom (f.eks. myokardialskader, arrytmia, hjertavikt). Det kan hos enkelte pasienter oppstå akkomodasjonsforsymler, og resikasjonen kan plivrikkes. Skjept oppmerksomhet kreves. F.eks. ved bilkjøring og bøyning av maskiner. Bør ikke brukes av pasienter med sjeldne svært sylfede sylfommer som fruktoseintoleranse, glukos-galaktosemialabsopjen eller sukkrose-intoleransen.

Interaksjoner: Samtidig behandling med antikolinergiske legemidler kan resultere i mer sterk terapeutisk effekt og blivirkninger. Omvendt kan den terapeutiske effekten reduseres ved samtidig administrering av legemidler som forlenger QT-intervallene og ved relevant preklastisende hjertesykdom (f.eks. myokardialskader, arrytmia, hjertavikt). Det kan hos enkelte pasienter oppstå akkomodasjonsforsymler, og resikasjonen kan plivrikkes. Skjept oppmerksomhet kreves. F.eks. ved bilkjøring og bøyning av maskiner. Bør ikke brukes av pasienter med sjeldne svært sylfede sylfommer som fruktoseintoleranse, glukos-galaktosemialabsopjen eller sukkrose-intoleransen.

Graviditet/Amming: Overgang i plasenta: Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Genvidt bør ikke behandles med tolterodin. Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk under amming bør unngås.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Munnstørhet, dyspepsi, obstopasjon, matvæske, flatulans, bløkkinger/oppkast. Hud: Temt hud. Psykiske: Nervosit. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, sovnighet, værestaser. Øye: Temt øyne. Unødig syn inkl. akkomodasjonsforsymler. Øvrige: Hodgrene, tretthet, brysometer. Mindre hyppige: Psykiske: Forvirring. Unntaksmønstre: Unntaksmasjon. Øvrige: Perifert edem, allergiske reaksjoner. Sjeldne (<1/1000): Psykiske: Hallusinasjoner. Sirkulatoriske: Takykard. Øvre Svert spredt, smyldfaktiske reaksjoner inkl. angioedema, hjertavikt.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Akkomodasjonsforsymler og vanndelingssproblemet er sett ved tablettdoser på 12,8 mg tolterodintartrat. Behandling: Ev. vestrikkelseskylning og medisinsk luft. Symptomatisk behandling.

Egenskaper: Klassifisering: Kompetitiv, spesifisk muskarinreceptorantagonist, med høyere selektivitet for matrikkler enn spisskjellene. Virkningmekanisme: En av metabolittene, 5-hydroksymetyldehydratet, har tilsv. farmakologiske effekt som mordersubstans. Ved normal metabolisme bidrar denne metabolitten i høy grad til den terapeutiske effekten. Effekt av behandlingen kan forventes innen 4 uker, men endelig evaluering bør vurderes etter 2-3 måneder. Absorpjon: Maks. serumkoncentrasjon nis etter 4 (2-6) timer. Uavhengig av samtidig matintak. Proteinbinding: Tolterodin 96%, 5-hydroksymetyldehydratet: 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» nis innen 4 dager. Ca. 2 ganger høyere ekspansjon av obundet tolterodin og 5-hydroksymetylmetabolitten er målt hos pasienter med leverinsuffisans. Metabolisme: I lever, hovedsaklig via CYP 2D6 til den farmakologisk aktive 5-hydroksymetylmetabolitten. Hos personer som mangler CYP 2D6 deaktivert tolterodin av CYP 3A4 til en ikke-aktiv metabolitt og koncentrasjonen av tolterodin øker ca. 7 ganger pga. redusert destrusjon. Mengde aktivt stoff forbir vendet, og dosejustering er unødig. Unntaksmønstre: Ca. 77% i urin og 17% i feaces. Mindre enn 1% av doses utskilles uvedtatt og ca. 4% som 5-hydroksymetylmetabolitten.

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

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

T: 40g.

Rapport: Legemidlene under belastning a) refusender kan for motorisk hyperaktivitets blære med lekkasje.

Sist endret: 25.04.2006



Partner for bedre helse

Pfizer AS - Postboks 3, 1324 Lysaker - Besøksadresse: Lilleakerveien 2B

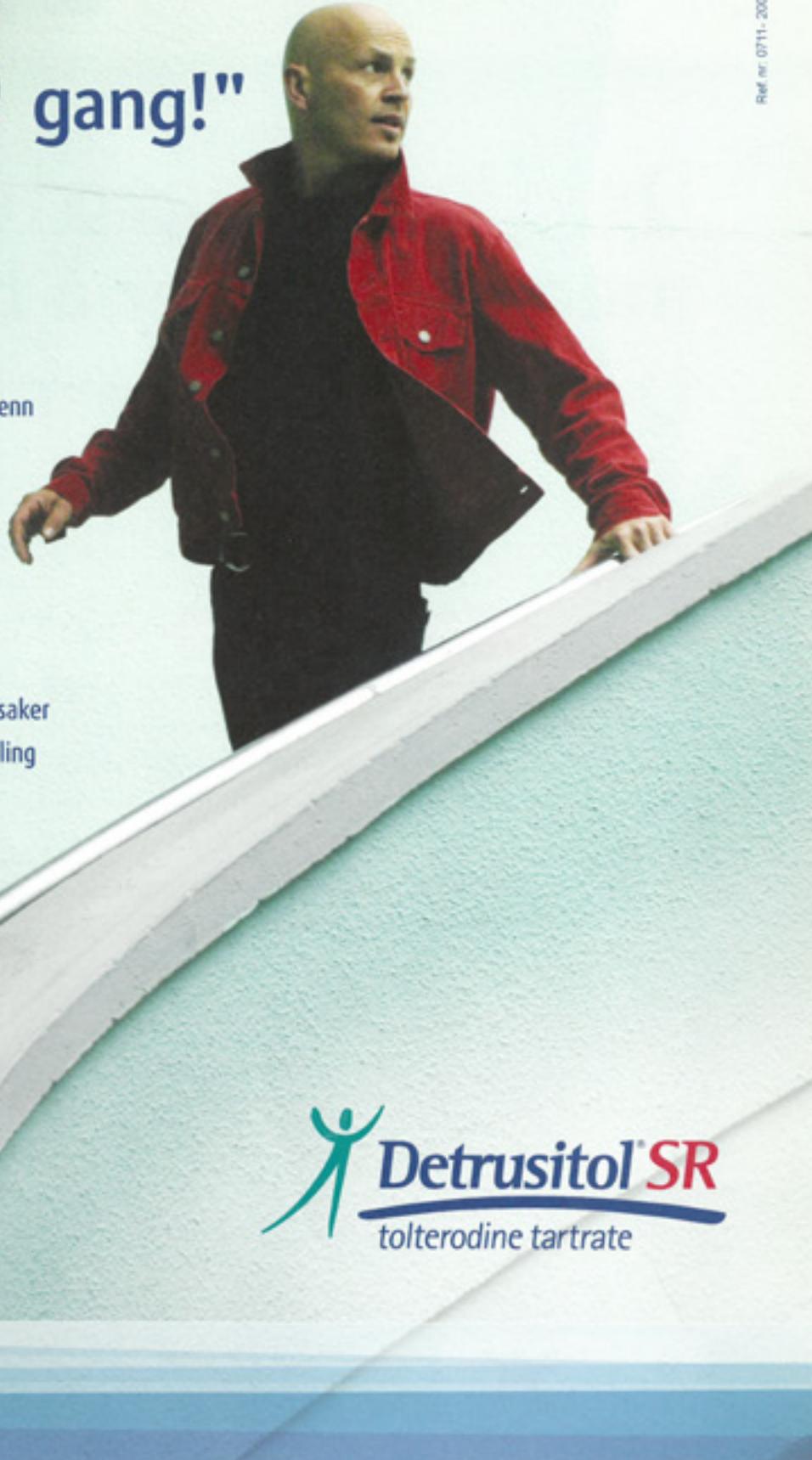
Telefon: 67 52 61 00 - Faks: 67 52 61 92 - www.pfizer.no

"...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 blæreutlopsobstruksjon har overaktiv blære og at opp til 33% av mennene med blæreutlopsobstruksjon 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. Ømarbeidet etter Chapple, Rœhrborn, European Urology 49, 2006; 651-659

Det finnes ingen mirakelkur, men det nytter å behandle. Det ser du av resultatene.¹⁾²⁾³⁾

Alzheimers sykdom – Hukommelsen svikter.

Språket forsvinner. Oppførselen forandres.

Ikke bare er det en alvorlig sykdom, det er en dobbel
byrde å bære fordi personligheten dør før kroppen.

*Ebixa® er ingen mirakelkur, men resultatene
viser at det nytter å behandle.*



Se preparatomtale og referanser på side 48

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

– Livet er verdt å huske!

Ebixa®
memantin