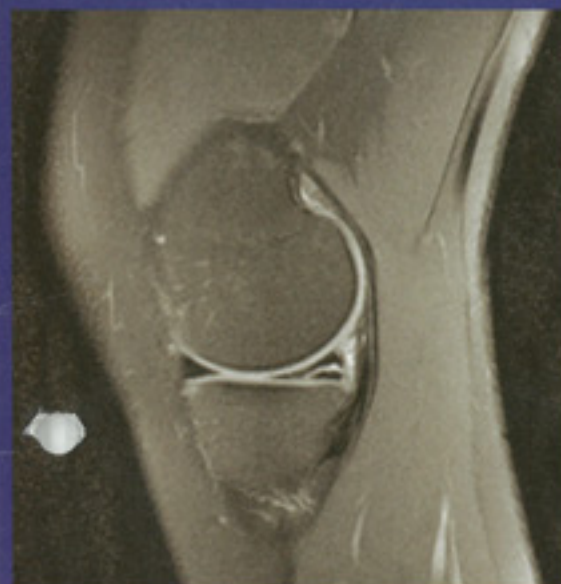




Innhold:

LEDER: Å henvise – eller ikke henvise. Av JESPER BLINKENBERG	1
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: Klinisk kneundersøkelse og bruk av billeddiagnostikk ved knelidelser. Av SATYA P. SHARMA	2
MR kne – hvor nyttig er det? Av INGE SKRÅMM	10
M-Ro-prosjektet – lokal samhandling gir bedre helse. Av TOM SUNDAR	14
SSRI mot depresjon. Etablert praksis på usikkert grunnlag? GUNHILD FELDE INTERVJUER PÅL SANDVIK	18
Kan legeutdanningen bidra til økt interesse for allmennmedisin og økt rekruttering til distriktene? ENQUETE	24
Korrupsjon er misbruk av makt. Av EDVÉN SCHÉI	28
LESEBREV: Vedrørende mammografiprogrammet. Av BERIT DAMTJERNHAUG	30
Prosjekt klamydiatesting på Helsestasjon for ungdom i Østre toten kommune i 2006. Av KAREN FRYDENBERG	31
Tidenes allmennlegetreff i Molde! Av KAREN FRYDENBERG	34
Bedre samarbeid og bedre epikriser i Vesterålen. Av ANSTRID HOLM	36
Faste spalter	40

utposten

Kontor:**RMR/UTPOSTEN, v/Tove Rutle**

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

TLF.: 63 97 32 22. FAX: 63 97 16 25

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no

Adresseliste redaktørene av UTPOSTEN:

Jesper Blinkenberg

Pavelsvei 9

5067 Bergen

MOBIL: 934 35 481

E-POST: jesper.blinkenberg@isf.uib.no

Esperanza Diaz

Smøråshagen 4

5238 Rådal

TLF.: 55 13 07 04

MOBIL: 474 14 104

E-POST: esperanza.diaz@isf.uib.no

Karin Frydenberg

Parkveien 1

2819 Gjøvik

TLF.: 61 17 92 91

MOBIL: 908 63 737

E-POST: frydrein@online.no

Ole Andreas Hovda

Ullevålsveien 88a

0451 Oslo

TLF.: 23 19 81 75

MOBIL: 97 57 50 85

E-POST: oahovda@yahoo.no

Ann-Kristin Stokke

Sognsvannsveien 49 c

0372 Oslo

MOBIL: 452 17 552

E-POST: annkristin_stokke@hotmail.com

Tom Sundar

Grefsenkollveien 21

0490 Oslo

MOBIL: 926 29 687

E-POST: tosu03@yahoo.no

Forsidebilde:

Meniskruptur.

foto: Betanien Røntgen institutt

Layout/ombrekning:

Morten Hernæs, 07 Gruppen AS

Design, repro og trykke:

07 Gruppen AS



Du finner Utposten på
www.utposten.no

Å henvise – eller ikke henvise

Allmennlegens roller er under press. I dette nummeret av Utposten ser vi nærmere på portvakt- eller døråpnerrollen eksemplifisert ved henvisning til MR kne, og på vår rolle som medisinsk ekspert ved avgjørelse om medikamentell behandling med diskutabel dokumentasjon. Store grupper av befolkningen bruker SSRI og vi bør ha et kritisk blikk på denne legemiddelbruken. Samtidig opplever vi som behandlere at pasienter med depresjon og angst på individuell basis har god effekt av behandling med SSRI.

Mange ønsker å påvirke vår rolle som portvakt, eller døråpner. Vi ønsker å tro at beslutningene våre fattes på strengt vitenskaplig og kunnskapsbasert grunnlag. Slik er det ikke, ikke for noen av oss. Mange aktører har sterke interesser i våre daglige tusen avgjørelser.

Legemiddelindustrien ønsker at vi skal fokusere på store pasientgrupper med mulighet for marginal medikamentell risikoreduksjon og hevder pasientenes rett til den «beste» og dyreste behandlingen. Innenfor forebygging av hjerte- og karsykdommer finnes kanskje de beste eksemplene på dette, men også innenfor psykiatrien fokuserer legemiddelindustrien på store pasientgrupper med mildere sykdom. Myndighetene ønsker derimot å spare penger og redusere de offentlige ytelsene ved å styre vår medikamentbruk mot billigere, likeverdige medikamenter. Pasientene har kanskje lest om undersøkelser eller behandling på internett som de ønsker, eller de har kontakter som har nyttig helsevesenerfaring. «Jeg tror jeg trenger røntgenundersøkelse, men en venn av meg sa at MR var bedre, så det vil jeg ha.» Videre har fysioterapeuter, manuellterapeuter og naprapater raskt bestillingene klare for hvilke radiologiske undersøkelser vi bør henvise våre felles pasienter til.

Pasientene vil vite hva som feiler dem, de vil ha en fasit. Helst bør det stå svart på hvitt. Det liker jo vi allmennleger også. Så slipper vi den lille tvilen. Var det litt slark i kneet, eller var det bare jeg som tok litt hardt i? Om vi kan sikre oss med en kjapp henvisning, er det en lettvinnt løsning. På individnivå er det ingen som kritiserer oss for en tynn henvisning, men om det går vinter og vår før skader som trenger videre behandling oppdages, er vi gjenstand for kritikk.

I dette nummeret har vi fokusert på en undersøkelse som er i sterk vekst, vel og merke i sentrale strøk. Det illustrerer med største tydelighet at loven om tilbud og etterspørsel gjelder for denne typen helse-tjenester også. Der det er en MR maskin, bestilles og utføres det MR undersøkelser (det remMR og tøy kan holde). Der slikt ikke finnes, lever man godt uten. Vi allmennleger lar oss påvirke av pasientenes forventninger og private aktørers tjenestetilbud, også når dette får konsekvenser for offentlige utgifter.

Om det skal være mulig for allmennleger å stå imot det kraftige presset mot økt bruk av MR og samtidig styre trygt og kunnskapsbasert i dette landskapet, må vi ha noen kjøreregler. Det trengs klare retningslinjer, og vi må nok lage dem selv.

Jesper Blinkenberg



ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER

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

Klinisk kneundersøkelse og bruk av billediagnostikk ved knelidelser

AV SATYA P. SHARMA

I en epidemiologisk undersøkelse oppga 30 prosent av alle kvinner og 25 prosent av alle menn at de hadde hatt knesmerter i løpet av de siste 12 måneder. Åtti prosent av alle barn i ungdomsskolen har hatt plager med knesmerter, og 15 prosent av dem søker lege for det. Eldre kvinner har oftere knesmerter enn eldre menn. I allmennpraksis klager en til to prosent av pasientene over knesmerter¹.

Anamnesen viktigst

Anamnesen gir viktig informasjon ved knelidelser. Den bør være detaljert og kronologisk. Cyriax pleide å si «if you don't have a diagnosis after the history, you won't have one after the examination». Anamnesen bør dekke:

Smerteanamnese

Denne bør inkludere lokalisasjonen av smertene og om smertene kom akutt eller gradvis. Dersom akutt, om det forelå direkte traume og eventuell skademekanisme. Lokaliserte overfladiske smerter sees ved Osgood Schlatter lidelse, kollateralledbånd skade, koronarledbåndskade og ved muskulære lesjoner samt ved bursitter. Dersom smerteangivelsen er diffus over leddet, foran eller bak eller inni leddet, må man også vurdere om det foreligger overførte smerter/refererte smerter, patellarsenetendinopati, patello-femoral patologi, Bakers cyste eller eventuell intra-artikulær patologi. Refererte smerter over kneregionen stammer vanligvis fra hofte- og lumbalregionen. Smerter i forbindelse med hoste, nummenhet, eller parestesi tyder på overførte smerter fra lumbalregionen.

Nøyaktig skademekanismanamnese kan gi en pekepinn på hvilke strukturer som sannsynligvis kan være skadet.

Satya P. Sharma

født 1954 i India. Fysioterapiutdanning 1976, New Delhi. Kom til Norge i 1977. Eksamen i ortopedisk medisin hos James Cyriax i London i 1982. Medisinsk embetseksamen 1988, Universitetet i Bergen. Kommunelege II og I i Masfjorden kommune 1990-95. Helsejef i Åsane bydel, Bergen 1995-96. Arbeidet ved Roland legesenter i Åsane bydel, Bergen siden 1996. Spesialist i allmennmedisin – og samfunnsmedisin. Nå fastlege. MSc Ortopedisk Medisin 2006, Middlesex Universitetet i London. Leder i NFAs referanse gruppe for muskel- og skjelettlidelser. Underviser medisinstudenter ved UIB og allmennleger i muskel- og skjelettlidelser.



Fall på flektert kne kan forårsake fraktur av patella, eller i lettere tilfeller traumatisk prepatellar bursitt. Direkte slag mot flektert kne eller tibia kan resultere i bakre korsbåndskade. I sportssammenheng kan spark eller slag mot laterale siden av kneet gi skade av mediale kollaterale leddbånd. Ved rotasjonsskade kan koronarligament skades. Hyperrekstensionstraumer kan skade de fleste leddbånd fordi de er stramme i ekstensjon, men fremre korsbånd og medial kollateralledbånd er de strukturer som oftest skades.

Smertetilstander utviklet over tid kan være vanskelig å tidfeste. Treningssituasjonen og eventuell bruk av treningsutstyr bør vurderes. Eksempler på slike tilstander er patellarsene tendinopati og traktusiliotibialis syndrom.

Om tilstanden er akutt, subakutt eller kronisk gir en pekepinn på inflammasjonsgraden. Overbelastningstilstander er kroniske i karakter men kan variere ved aktivitetsgrad.

Hevelse/hydrops

Hevelse umiddelbart etter skade kan tyde på hæmartros, enten pga brudd eller ruptur av fremre korsbånd som har rik vaskularisering. Hevelse som kommer etter noen timer er som oftest på grunn av traumatisk artritt og kan skyldes partiell ruptur av leddbånd og meniski. Traumatisk artritt er en irritasjonstilstand i vevet som gir hevelse, smerter og redusert bevegelse og kommer i forbindelse med traume eller overbelastning. Hevelse pga kneleddsartrose debuterer vanligvis etter større overbelastning. Økende artrose vil føre til synovial fortykkelse som kan være mer eller mindre permanent.

(FIG. 1A)



Låsning

Låsning av kneet er en viktig anamnestisk opplysning og kan tyde på meniskskade eller corpus librum av andre årsaker enn meniskskade. Ekte låsning i forbindelse med akutt skade sees ved meniskskade. Ved en ekte låsning mangler som oftest 10–40 grader av ekstensjon. Falsk låsning er pasientens fornemmelse av at kneet henger seg opp og er stivt, og pasienten må ta noen skritt for å fjerne låsningen. Falsk låsning er vanligst etter at pasienten har sittet en stund og sees ved patellofemoral artroser og artrose i tibio-femoral-ledd. Krepitasjoner kan også være forårsaket av degenerative forandringer i leddet.

Affeksjon av andre ledd

En må spørre etter andre medisinske tilstander og om det er affeksjon av andre ledd for å utelukke reumatiske tilstander.

Undersøkelse

Inspeksjon

Kneet bør undersøkes både i vektbærende og ikke vektbærende stilling.

I STÅENDE STILLING:

Se etter fotdeformiteter i som for eksempel plattfot, inntåing eller overpronasjon som kan tyde på stramme akillesener. Stilling av bekkenet undersøkes.

Vurder om kneet er fullt ekstendert eller om det er lett bevelse og mangelfull ekstensjon. Se etter valgus eller varus eller recurvatum stillinger av knærne. Patellas stilling, høyt- eller lavtstående, lateralisert eller medialisert, vurderes. Patellas stilling vurderes med Q-vinkel (vinkel mellom linjen fra spina iliaca superior anterior til midtpunktet i patella eller måler fra midten av hofteleddet og til patellar midtpunkt) og mellom midtpunktet i patella til tuberositas tibia). Dette er altså vinkel mellom musculus quadriceps og patellarsenen. 15–20 grader regnes som normalt.

Se etter hevelse og utvisking av søkket medialt på leddet. Hevelse supra-, pre- eller infrapatellart kan tyde på bursitt. Se etter eventuell fargeforandringer som blant annet kan gi mistanke om infeksjon.

Se etter muskelatrofi, spesielt musculus vastus medialis. Vurder gange og eventuelt tegn til halting. Dersom mistanke om patologi ved hofte eller ankel, undersøkes dette også.

Før klinisk funksjonsundersøkelse undersøkes forholdene ved hvile for sammenligning senere.

Funksjonell klinisk undersøkelse:

PALPASJON:

Det palperes for varme over leddet med dorsal siden av hånd for og etter bevegelsesundersøkelse. (FIG. 1B)



Palpasjon etter hevelse og synovial fortykkelse.

Passive bevegelser

Passive bevegelsesutslag utføres for å vurdere bevegelse, smerter og endefølelse med tanke på om kapsulært mønster er tilstede. Kapsulært mønster tyder på tilstedeværelse av artritt eller artrose.

Knefleksjon og ekstensjon

Passiv knefleksjon har en myk endefølelse fordi bakre legg-



muskulatur kommer i kontakt med hamstring. Normalt kan hælen presses mot lår. Smertebue er uvanlig, men dersom tilstede kan det tyde på corpus librum ved menisk lesjon. Reduksjon i bevegelse kan tyde på artrose i ledd eller adhesjonsdannelse etter kollateral leddbåndoverstrekk. (FIG. 2)

Noe hyperekstensjon er normalt hos unge. Ekstensjonen begrenses av bakre korsbånd og bakre del av kapselen. Endefølelse er viktig å kjenne. Den ene hånden holder hælen. Den andre hånden holder kneet mens tommelen trykker på tibia like distalt for patella. En rask og kort ekstensionsbevegelse er utført med samtidig oppad bevegelse av hælen og nedover trykk over tibia. (FIG. 3).



Åtte sekundære bevegelser for leddbånd:

Strekk av leddbånd tester for smerter og instabilitet (for eksempel forstrøket leddbånd).

Valgus stress test

Sterk valgus bevegelse med mottrykk over lateral femoral kondylen tester mediale kollaterale leddbånd. Mindre grad av ustabilitet, smerter og forlengelse er lettere å finne ved å gjenta testen i 20–30 graders fleksjon. (FIG. 4)



Varus stress test

Kraftig varus bevegelse med mottrykk over mediale femoral kondylen tester laterale kollaterale leddbånd. Vanligvis gjøres det i full ekstensjon men mindre grad av ustabilitet, smerter og forlengelse er lettere å finne ved å gjenta testen i 20–30 graders fleksjon. (FIG. 5).



Lateral rotasjon

Lateral rotasjon gir stress på mediale koronarledbånd og bakre fibre av medial kollateral leddbånd.

Kneet flekteres til ca. 90 grader mens hælen er på benken. (FIG. 6A). (For å unngå hofte rotasjon plasseres eksaminators motsatte skulder mot kneet,) eksaminators arm under leggen og hånd under hælen. Den andre hånden er plassert på innsiden av foten som presses oppover i dorsifleksjon. (FIG. 6B)



Medial rotasjon

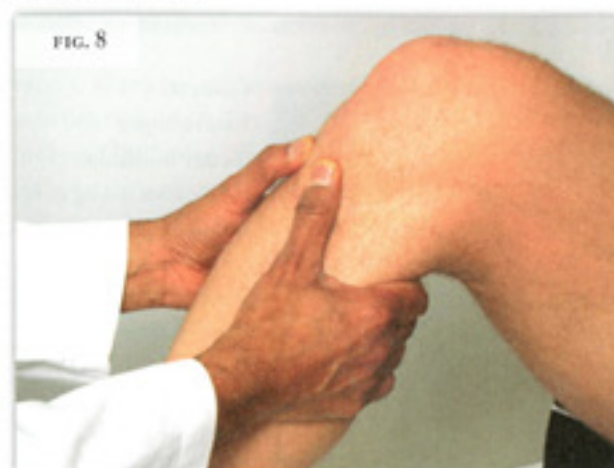
Medial rotasjon gir stress på lateral koronarleddbånd og fremre korsbånd.

Hofte og kneet flekteres til ca. 90 grader. Leggen støttes av motsatt underarmen. Hånden holdes rundt hælen, som holdes i dorsifleksjon. Med kombinert bevegelse av begge händledd utføres medial rotasjon. Pass på å ikke gi stress på lateral kollateral leddbånd ved ankelen. Normal endefølelse er elastisk. (FIG. 7)

*Fremre korsbånd test*

Kneet er flektert til 90 grader og eksaminatoren sitter på pasientens fot med ene hånden på patella. Den andre hånden er plassert bak på øvre tibia, som dras fram med rykk for å teste for smerter dersom fremre korsbånd er skadet.

Lachmans test ser ut til å være mer presis for fremre korsbåndskader. (FIG. 8)

*Lachmans test*

Testen brukes for å oppdage fremre korsbånd ruptur og er å foretrekke fremfor fremre drag test ved akutte ruptur fordi hamsstringsspasme ved 90 grader fleksjon kan gi falsk negativt svar.



Pasienten ligger på ryggen med kneet i ca 30 graders fleksjon. Distale delen av femur holdes på laterale siden med ene hånd. Den andre hånden beveger den proksimale del av tibia forover (anterior). (FIG. 9). Dette kan være vanskelig å utføre på kraftige personer. Derfor kan f. eks. ved test av hø. kne, pasientens distale hø. femur legges over eksaminators distale ve. femur. Pasientens femur stabiliseres med eksaminators ve. hånd mens tibia dras opp med hø. hånd med et fast og raskt rykk. For å teste bakre korsbånd presses tibia nedover isteden med et fast rykk.

Bakre korsbånd test

Kneet er flektert til 90 grader og eksaminatoren sitter på pasientens fot, med den ene hånden over tuberositas tibia mens den andre hånden er plassert bak kneet. Med en rykk dyttes tibia bakover. Normalt skjer det ingen bevegelse og ingen smerter. (FIG. 10.)

*Medial glidebevegelse*

Brukes for å teste corpus librum. Kan også avsløre avrevet lateral menisk.

Kneet holdes i 90 graders stilling. Eksaminator sitter foran pasient og låser sine fingre rundt kneet slik at basis av håndflaten på den ene hånden plasseres over laterale tibiale kondyl mens basis av den andre hånden plasseres over medial



femorale kondyl. Med kraftig glidebevegelse prøver eksaminatoren å skyve tibia medalt over femur. (FIG. 11)

Lateral glidebevegelse

Brukes for å teste corpus librum. Kan også avsløre avrevet medial menisk på langs. Det vil være hørbart «klikk». Smerter kan også være provosert ved strain av bakre korsbånd.

Utførelsen er motsatt av medial glidebevegelse.

Kneet holdes i 90 graders stilling. Eksaminatoren sitter foran pasient og låser sine fingre rundt kneet slik at basis av håndflaten på den ene hånden plasseres over mediale tibiale kondyl mens basis av andre hånden plasseres over laterale femorale kondyl. Med sterk glidebevegelse prøver eksaminatoren å skyve tibia lateralt over femur. (FIG. 12)



Isometrisk ekstensjon

Kan også testes i mageleie.

Kneet er lett bøyd og ene armen plasseres under kneet. Den andre hånden holdes over distale del av tibia. Pasienten forsøker å rette ut kneet.

Smerter og nedsatt kraft noteres. Ved smerter, er lesjon av ekstensorapparatet sannsynlig, men svakhet kan også forårsakes



av L3 parese. Smerter og svakhet finnes ved patellafraktur eller ruptur av muskelmassen. (FIG. 13)

Isometrisk fleksjon

Hofte og kne er bøyd til 90 grader. Hælen støttes av eksaminatoren. Pasienten forsøker å bøye kneet mot eksaminators motstand. (FIG. 14)



Isometrisk utadrotasjon

Tester musculus biceps femoris og øvre tibio-fibulæreledd.

Pasienten sitter på benken med kneet flektert til 90 grader hengende utfor kanten. Eksaminatoren holder foten i dorsifleksjon og ber pasienten presse foten utad mens eksaminator prøver å beholde den nøytrale stillingen. (FIG. 15)



FIG. 16

Isometrisk innadrotasjon:

Tester musculus popliteus og mediale hamstring. Pasienten sitter på benken med kneet flektert til 90 grader hengende utfor kanten. Eksaminator holder foten i dorsifleksjon og ber pasienten presse foten innad mens eksaminator prøver å beholde den nøytrale stillingen. (FIG. 16)

TRAUMATISK MENISK LESJONER: Hovedsakelig to typer: 1) Longitudinell, 2) Horisontal og bakre brist. Disse kan være med eller uten sublaksasjon.

MENISK RUPTUR MED SUBLAKSASJON: Ved vridning av ben under vektbæring hører pasienten ett klikk og kjenner unilaterale smerter og kneet blir låst i fleksjon. Pasienten kommer inn med en hoppende gange med affisert kneet flektert, ankel plantarflektet med tær som så vidt rører gulvet.

DIAGNOSTIKK FOR MENISK LESJONER UTEN SUBLAKSASJON: Dersom pasienten kommer etter at menisken er kommet på plass (reduction), kan kneet virke helt normal og rutineundersøkelsen viser ikke noe annet enn koronarleddbånd skade. I slike tilfeller kan følgende tester være til hjelp ved å provosere tegn på ruptur.

TEST 1. Kneet er flektert helt, venstre hunds tommel og pekefinger holdes på begge sider av infrapatellar senen i nivå med leddlinjen. Hø. hånd tar fatt rundt hælen og roterer leggen inn og ut. Dersom det høres klikkelyder bør rupturert menisk mistenkes. (FIG. 17)



FIG. 17

TEST 2: Kneet er helt flektert og rotert. Den ene hånden plasseres over kneet med tommelen på den siden som undersøkes i nivå med leddlinjen. Eksaminatoren ekstenderer nå gradvis kneet mens presset mot rotasjonsstilling holdes ved. Når kneet nærmer seg nøytral stilling i nesten full ekstensjon og det høres et klikk, tyder dette på meniskruptur.

Dersom testen utføres med valgus eller varus kompresjon, kalles det McMurray test. (FIG. 18A / 18B)



FIG. 18A



FIG. 18B

McMURRAY TEST: Testen ble tatt i bruk for å finne bakre meniskrupturer.

Under knefleksjon og ekstensjon kan en rupturert menisk produsere «klikkelyder» som også kan palperes i leddlinjen.

Pasienten ligger på ryggen med bena ekstendert og i nøytral stilling. Med en hånd får man tak i hælen og flekterer kneet fullt. Plasser venstre hunds fingre på mediale leddlinjen mens tommelen og thenareminensen ligger mot laterale leddlinjen. Roter nå kneet medialt og lateralt for å løs gjøre leddet litt. Press mot laterale siden for å gi valgus stress på mediale siden av leddet mens leggen er rotert utad. Man beholder utadrotasjon og valgus stress og ekstenderer kneet nå gradvis mens man palperer mediale leddlinjen.

En palperbar eller hørbar «klikkelyd» i leddet kan tyde på ruptur i mediale menisk, mest sannsynlig i bakre halv del (posteriore halvdel). Fremre del av menisken er vanskelig å teste, men man kan til en viss grad gjøre det ved å teste leddet i mindre kne fleksjon.

For å teste for laterale menisk roterer man tibia innad med varus stress og ekstensjon av kneet fra fleksjonsstilling med samme stilling av hånden over leddlinjen.

Apleys test (kompresjon og distraksjonstest):

Testen utføres med pasienten liggende på magen og kneet flektert i 90 grader. Eksaminatoren stabiliserer pasientens lår med sitt kne like proksimalt for pasientens kne. Han komprimerer pasientens kne via hælen mot underlaget mens han samtidig utfører medial og lateral rotasjon. Smerter kan tyde på ruptur av menisk. Dersom rotasjon utføres i distraksjon kan det tyde på kollaterale leddbåndskade. Testen kan også utføres i andre vinkler enn i 90 grader. (FIG. 19A / 19B)



Undersøkelse av patella:

Patella kan ligge høyt (patella alta, det vil si ligamentum patella er lengre enn patellas lengde) eller patella kan ligge lavt (patella baja, ligamentum patella er kortere). Betydning av disse forholdene til knesmerter er usikker. Bevegelse av patella mot laterale og mediale siden testes ved å skyve patella i sine respektive retninger. Normalt kan patella skyves til siden av dens 1/3 del av bredden. Gnurre prøve tester integritet av brusken, men det er en usikker prøve for patologi i brusken.

Bruk av tekniske hjelpemidler

Professor Engbretsen ved Ullevål sykehus skrev i Dagens medisin² om at MR er unødvendig ved mange knelidelser

og gikk så langt som å si at kanskje allmennlegene ikke skulle få lov til å rekvirere MR-undersøkelse av kne. Han viste til ordningen i Sverige.

Bruk av billediagnostikk bør vurderes dersom det foreligger usikkerhet om diagnosen eller om det er sannsynlig at funn ved røntgen eller MR vil påvirke valg av behandling. Dette er også aktuelt dersom det foreligger skade og man må utelukke brudd. Dersom behandlingen ikke har ført frem til forventet resultat, er det aktuelt å revurdere diagnosen og utrede med billediagnostikk.

Bruk av røntgen er nyttig ved:

- å utelukke brudd
- mistanke om osteochondrosis hos ungdom 15–20 år
- mistanke om artrose

Bruk av MR kan være nyttig ved:

- traumer som har ført til hevelser og større smerter og funksjonstap
- klinisk mistanke om korsbåndskade eller meniskskade/leddbåndskade dersom det kan ha konsekvenser for behandling
- eventuelt før videre henvisning til annenlinjetjenesten, men nytteverdien bør vurderes nøye

Hva sier litteraturen

Rose et al.³ sammenlignet prospektivt klinisk undersøkelse og MR for diagnostisering av menisk- og fremre korsbåndskade som ble verifisert med artroskopi hos 154 pasienter.

Presisjonen for klinisk diagnose og deretter MR for 100 pasienter ble sammenlignet. Presisjonen for MR var 75 prosent for medial meniskruptur, 69 prosent lateral meniskruptur og 98 prosent for fremre korsbåndruptur. Tilsvarende presisjon for klinisk undersøkelse var 82 prosent for medial meniskruptur, 76 prosent for lateral meniskruptur og 99 prosent for komplett ruptur av fremre korsbånd. Presisjonen for klinisk diagnose for 54 pasienter som bare hadde klinisk undersøkelse var ikke signifikant annerledes enn for dem som hadde både klinisk undersøkelse og MR-undersøkelse. Det var ingen signifikant forskjell i presisjonen mellom MR og klinisk undersøkelse. I alt førte MR-undersøkelse til videre behandling i bare 16 av 100 pasienter. Man tror derfor at MR er en dyr og unødvendig undersøkelse for diagnostisering av menisk- og fremre korsbåndruptur unntatt i spesielle tilfeller.

Kocaby et al.⁴ hadde samme konklusjon i sin studie av 50 pasienter. De konkluderte med at klinisk undersøkelse hos trenet ortoped var like god som MR, og sistnevnte bør reserveres for bare kompliserte og vanskelige kasus.

Williams et al.⁵ har lignende konklusjon i deres retrospektive studie. Klinisk undersøkelse og anamnese som kan tyde på menisklesjon eller ACL-skade blir bekreftet i opp til 75 prosent av pasienter ved MR. MR derfor bør velges for pasienter der klinisk undersøkelse er utført og diagnosen fortsatt er usikker.

Hos allmennlegen

Selv om vi har undersøkt pasienten og ikke tror på nytteverdi av videre undersøkelse med bl.a. MR, kan presset fra pasienten være så stort at det er vanskelig å si bestemt nei til henvisning til MR eller røntgen. Andre ganger kan presset komme fra andre behandlere som fysioterapeuter, naprapater, massører og lignende, vanligvis via pasienten. I følge den nye ordningen kan kiropraktorer og manuell terapeuter henvise til undersøkelse i annenlinjetjenesten direkte. Dersom allmennlegen bes henvise pasienten videre, er det rett og rimelig å be vedkommende behandler om å over-

sende sine kliniske funn og vurderinger som begrunner behovet for videre radiologisk undersøkelse. Alternativt bør en få pasienten inn til seg for en klinisk undersøkelse før henvisning. Selv innkaller jeg pasientene for undersøkelse før henvisning til radiologisk undersøkelse. Det er dessverre veldig sjelden at jeg får noen beskrivelse fra andre behandlere som ønsker at pasientene skal henvises videre til røntgen eller MR undersøkelse av kneet.

Hovedbudskap

Alle allmennleger bør tilegne seg kompetanse i klinisk undersøkelse av kneet. Klinisk undersøkelse av kneet bør være utført og vurdert før henvisning til MR. Det bør bare henvises til MR når klinisk undersøkelse er utført og diagnosen fortsatt er usikker og når MR svar sannsynligvis vil få behandlingsmessige konsekvenser.

Referanser

1. Johannessen T. Norsk elektronisk legehåndbok utgave 14. 2005.
2. Dagens medisin 10.11.2005.
3. Rose NE, Gold SM A comparison of accuracy between clinical examination and magnetic resonance imaging in the diagnosis of meniscal and anterior cruciate ligament tears.
4. Kocaby Y, Tetik O, Isbell WM, Atay OA, Johnson DL The value of clinical examination versus magnetic resonance imaging in the diagnosis of meniscal tears and anterior cruciate ligament rupture. *Arthroscopy*. 2004 Sep;20(7):696-700.
5. Williams JS Jr, Abate JA, Fadale PD, Tung GA. Meniscal and nonosceous ACL injuries in children and adolescents. *Am J Knee Surg*. 1996 Winter;9(1):22-6.

Generelle referanser

1. Cyriax J. (1982). *Textbook of Orthopaedic Medicine*. Vol 1, (8th Ed) Oxford: Bailliere Tindall.
2. Kesson M, Atkins E. (1998). *Orthopaedic Medicine - A Practical Approach*. Butterworth-Heinemann.
3. Ombregt L, Bisschop P, Veer ter H J, Van de Velde T. *A System of Orthopaedic Medicine*, WB Saunders Company Ltd. 1995.
4. Hunnskår S. *Allmennmedisin*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2003.
5. Johannessen T. Norsk elektronisk legehåndbok utgave 14. 2005
6. Norsk fysikalsk medisin. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS 1999.

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

UTPOSTEN
– meldinger om og fra
den gode **primærmedisin**

MR kne – hvor nyttig er det?

AV INGE SKRÅMM

MR av kne er nest hyppigste MR undersøkelse i Norge, bare overgått av cerebral MR. Det er til dels store geografiske forskjeller og ikke overraskende er bruken størst der tilgjengeligheten er best. Over ¾ av kne MR utføres av private røntgeninstitutter og er rekvirert av allmennleger. MR kne gjøres hyppigst i aldersgruppen 50–69 år der det også er størst økning i antall utførte prosedyrer. Hvem styrer denne utviklingen og er det medisinsk faglig riktig og nødvendig? Er det samfunnsøkonomisk fornuftig ressursbruk? Hvorfor gjøres det så mange MR av knær?

En norsk studie (1) viste 64 prosent økning av utførte MR kne fra 2002 til 2004. I aldersgruppen >50 år var økningen hele 86 prosent! I 2004 ble det i Norge gjort MR bare av kne for 70 millioner kroner! Frekvensen av MR kne per 1000 innbyggere i 2002 var 60 prosent høyere i Norge enn i USA der man registrerer den samme eksplosive økning i bruk av MR som i Norge.

Ortopedens virkelighet

I min hverdag som sykehusortoped mottar jeg ukentlig rundt 100 henvisninger med knekasus fra fastleger. I nesten alle vedliggjer MR beskrivelse fra privat røntgeninstitutt, oftest som uredigert kopier/lim inn uten henvisers vurdering av bildediagnostikken i forhold til problemstillingen. Overraskende ofte mangler god anamnese og beskrivelse av klinisk undersøkelse! Er pasienten undersøkt, men resultatet uteglemt gjengitt i henvisningen eller er klinisk undersøkelse i ferd med å bli erstattet av detaljerte MR rapporter? For å kunne vurdere en henvisning fornuftig er jeg som spesialist helt avhengig av de kliniske opplysningene, ikke minst for å gi pasienten riktig prioritet til videre oppfølging. Langt viktigere enn beskrivelse av degenerativ meniskskade på MR er opplysninger som om pasienten kan gå, har smerter eller er sykmeldt.

Radiologiske begrensninger

Diagnoser som artrose, degenerativ meniskruptur, bone bruise, chondropati refereres hyppig i MR beskrivelser.

Inge Skråmm

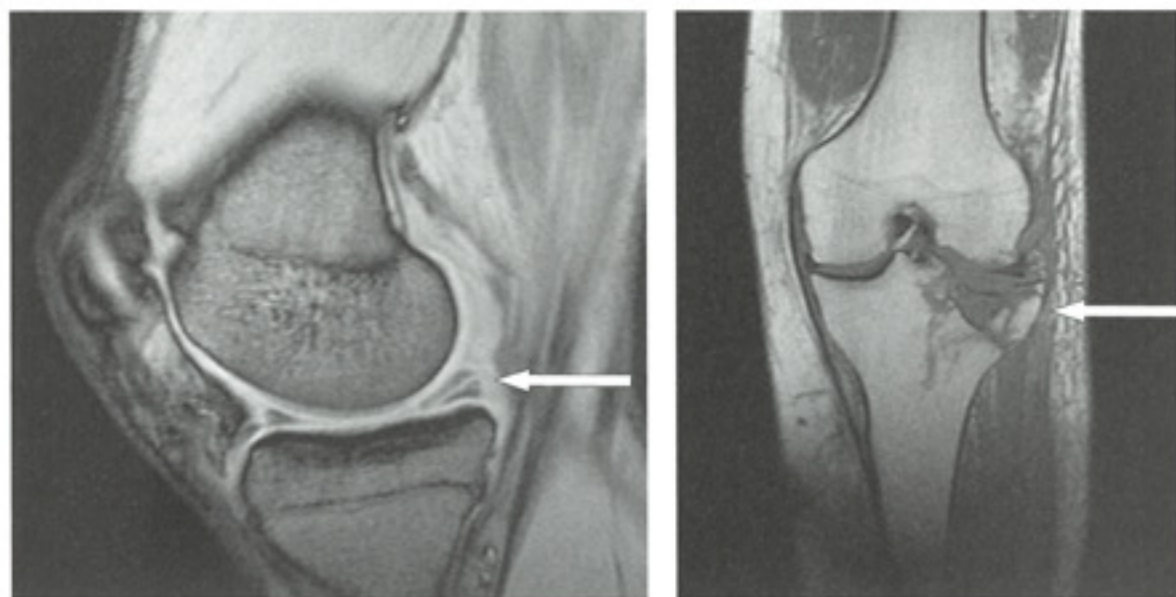
47 år. Medisinsk embetseksamen Universitetet i Tromsø 1986. Spesialist i generell kirurgi og ortopedi. Seksjonsoverlege ortopedisk avdeling, Akershus universitetssykehus.

Hva menes egentlig med bone bruise eller chondropati? Hvor sikre er disse funnene på MR og betyr de egentlig noe for pasienthåndteringen? Hvor mye avhenger av radiologens kompetanse og hvor mye av metode/teknologi?

Regelmessig ser jeg at radiologen anfører usikkerhet om funnene og anbefaler: «ny MR om noen uker dersom symptomene vedvarer». Hvorfor ny MR? Skal ikke pasienten ha behandling hvis symptomene vedvarer? En annen hyppig variant er at MR bør gjentas om noen uker, men da i stor maskin. Hvem rekvirerer MR spesielt i liten maskin? Jeg vil tro at de færreste vet hva slags MR-maskin undersøkelsen er gjort i. Fra mitt ståsted er radiologen mest kvalifisert til i hvert enkelt tilfelle å vurdere hvilken undersøkelse som er optimal og besørge at denne blir gjort. Hvis kvaliteten på undersøkelsen er for dårlig til å besvare henvist problemstilling er det vel naturlig å gjøre adekvat undersøkelse med en gang. Slikt har man kanskje ikke tid til i et effektivt privatinstitut der tid er penger. Får man refusjon for begge undersøkelser hvis pasienten kommer igjen en annen dag? Likevel – det er urimelig å klandre radiologene for å drive god butikk når det faktisk er det et politisk flertall legger opp til.

Fastlegen som dørvokter

Da jeg vokste opp i en landkommune på 60–70-tallet var distriktslegen kunnskapsrik på mange områder og satte sin ære i å utrede og forsøke behandling i størst mulig grad før viderehenvisning til spesialist. Slik praksis er nok fortsatt et ideal for mange allmennleger. Dessuten er det svært god og riktig ressursbruk. Folk flest har nok imidlertid en oppfatning av at den beste legen er den som raskest får dem til en spesialist. De færreste blant oss er upåvirkelige av folkeopinionen som etter hvert har tilegnet seg kunnskap om sine



MR bilde av kne sett fra siden. Ruptur av bakre mediale menisk. MR bilde av kneet sett forfra. Brudd i leggbeinet som bryter inn i selve kneleddet.

FOTO: AKER UNIVERSITETSSYKEHUS HF

tilstander blant annet via internett. Legen er i våre dager i større grad enn før lagspillere og rådgivere enn ubestridte autoriteter. Studier viser at allmennlegens rolle som dør-vokter er i ferd med å forsvinne, pasientens bestilling blir uimotsagt effektivt (2). Spørsmålet er om dette er en ønsket utvikling ut fra medisinsk-faglige og samfunnsøkonomiske perspektiv.

Hvorfor tiltrekkes vi av teknologien i en slik grad at det grunnleggende som anamnese og klinisk undersøkelse ned-prioriteres? Eksempelets makt skal ikke undervurderes og håndteringen av for eksempel skadde idrettsutøvere gjen-gis detaljert i mediene. Det finnes knapt en idrettslege eller fysioterapeut som vil uttale seg om skaden før nærmere undersøkelser – les MR-er utført påfølgende dag, selv om de både ved selvsyn og som første undersøkere overveiende sannsynlig har stilt riktig diagnose på skadestedet. På aksepterer dårligere behandling av seg selv i tilsvarende situasjon hvilket er høyst rimelig. Problemet er bare hva som er det beste...

En mulig nytteverdi av MR kne kunne være at allmennle-gens diagnose og behandlingsplan forandres med det resul-tat at for eksempel færre pasienter henvises spesialist. Den britiske RCT studien DAMASK (3) avkrefter imidler-tid dette. Tilgang til MR endret ikke allmennlegens diag-nose eller behandlingsplan signifikant sammenlignet med direkte henvisning til ortoped. Kun ti prosent av dem som fikk MR kne ble ikke viderehenvist ortoped. Allmennlegens

tilfredshet med egen diagnose og behandling var imidlertid signifikant bedre når pasientene var MR undersøkt. Tilsva-rende høyere tilfredshet er påvist hos ryggpasienter som har gjennomgått radiologisk utredning selv om undersøkelsen ikke hadde noen betydning for behandling utfallet (4).

Gode, men ikke dyre råd

I forløpet av et emnekurs i ortopedi for allmennleger 2004 utarbeidet en arbeidsgruppe fra ortopedisk avdeling Akers-hus universitetssykehus, allmennlegene Helge Lundberg (Skjetten legesenter) og Harald Strandos (Fjerdingby lege-senter) retningslinjer for henvisning av knelidelser til spesi-alist (se tabellen på neste side). Dersom minstekravene til anamnese og utredning var innfridd, ville pasienter med for eksempel menisklidelse kunne settes direkte opp til dagki-rurgi. Under disse forutsetningene vil poliklinisk vurdering av spesialist oftest være unødvendig og forsinkende. Direkte inntak til dagkirurgi vil gi kortere ventetid for ope-rasjon og frigjøre sårt tiltrengte polikliniske vurderings-timer. Flere undersøkelser har vist at en slik praksis ikke medfører høyere strykningsrate til dagkirurgi enn om pasi-enten vurderes ved poliklinikk i forkant.

Oppsummering

Den eksplosive økningen i MR undersøkelser av knær i Norge, hovedsaklig rekvirert av allmennleger, er medi-sinsk ubegrunnet. Spesielt bekymringsfullt er det at økningen er størst i de høyeste aldersgrupper der artrose/ degenerative tilstander er vanligst, diagnoser som ikke

indiserer MR. Pasientenes forventning om MR kne og nødvendigheten av slik undersøkelse kan og må imøtegås når medisinsk indikasjon ikke er tilstede. Ikke bare forleder vi pasientene, vi bidrar også til feil bruk av helsetjenester og økonomiske ressurser. MR kne er neppe eneste undersøkelse som overforbrukes.

Allmennleger er ryggraden i norsk helsevesen og må gjeninnta den vurderende dørvekterrollen. God anamnese og klinisk undersøkelse kan aldri erstattes av høyteknologiske nyvinninger som i beste fall er et supplement. Det er minst like aktuelt å huske på for spesialister som for allmennleger.

Litteraturhenvisninger

1. Espeland A, Natvig NL, Løge I, Engebretsen L, Ellingsen J. Magnetic resonance imaging of the knee in Norway 2002-2004 (national survey): rapid increase, older patients, large geographic differences. BMC Health Services Research 2007;7:115-122
2. Carlsen B, Norheim OF. Introduction of patient-list system in general practice. Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. Scand J Prim Health Care 2003;21: 209-213
3. Brealey SD et al. Influence of magnetic resonance of the knee on GPs' decisions: a randomised trial. British Journal of General Practice 2007;57:622-629
4. Kendrick D, Fielding K, Bentley E. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: a randomised controlled trial. British Med J 2001;322:400-405

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
inge.skramm@medisin.uio.no

PROBLEM Meniskskade

UTREDNING
Akutt hendelse? Låsninger?
Når smerter – huksitting/
trappegang? Hevelse?
Bevegelighet/stabilitet?
Øm leddspalte? Menisk-
tester? Alltid vanlig rtg.kne
(differensialdiagnose corpus
librum). Hvis klassisk anam-
nese og klinikk er MR ikke
nødvendig.

Korsbåndskade

Hendelse? Hevelse?
Akutt – og etterforløpet?
INSTABILITET/SVIKT?
Positiv Lachmann
(kan også gjøres i akutt fase)?
Evt andre stabilitetstester.
Alltid vanlig rtg.
MR kan være til hjelp,
men behandling av kors-
båndskader er behandling
av instabilitet og det synes
ikke på MR.

Artrose

Gangfunksjon/distanse?
SMERTE ved aktivitet?
Effekt av konservativ
behandling? Bevegelighet,
stabilitet, aksefeil? Rtg.begge
knær stående, lang film er
eneste adekvate bildediag-
nostikk. MR er verdiløs i
utredning av artrose.

c Centyl LEO c Centyl med kaliumklorid LEO c Centyl mite med kaliumklorid LEO Diuretikum.

T TABLETTER 5 mg: Centyl Hver tablett inneholder: Bendroflumetazid 5 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delestrek. C03A A01.

T TABLETTER, drageform: Centyl med kaliumklorid Hver tablett inneholder: Bendroflumetazid 2,5 mg, kaliumklorid 573 mg (tilsv. 7,7 mmol kalium), hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E 172), kinolingult (E 104), patemblikt (E 131), titandiolid (E 171). Sukkerdrajer. C03A B01.

T TABLETTER, drageform: Centyl mite med kaliumklorid Hver tablett inneholder: Bendroflumetazid 1,25 mg, kaliumklorid 573 mg (tilsv. 7,7 mmol kalium), hjelpestoffer. Fargestoff: Kinolingult (E 104), jernoksid (E 172), titandiolid (E 171). Sukkerdrajer. C03A B01.

Indikasjonen: Ødemer. Hypertensjon. Diabetes insipidus. Profylaktisk behandling av pasienter med idiopatiske residerende kaliumholdige nyre-/arterienes. **Dosering:** Det er av betydning at doseringen individualiseres og tilpasses pasientens kliniske situasjon. Ødemer: 2,5-5 mg daglig. Dosen kan gis kontinuerlig eller intermitterende. Leds: 1-3 av ukens dager. Hypertensjon: Centyl 2,5-5 mg daglig. Centyl med kaliumklorid: Tabletten skal svelges hele. 1,25-2,5 mg 1-2 ganger daglig. Lavest mulig vedlikeholdsdose bør etableres. Kan brukes alene eller i kombinasjon med andre antihypertensiva. Dosen av disse må da reduseres. Dosen av disse må da reduseres. Profylaktisk ved residerende nyre-/arterienes: 2,5 mg 2 ganger daglig. **Kontraindikasjoner:** Nedsatt lever- eller nyrefunksjon, med mindre hyppige elektrolyttkontroller gjennomføres. Manifeste urinvegsrør, Anuri, hyponatremi, hyperkalemi, behandlingsrefraktil hypokalemi, Addison sykdom. Overfølsomhet for bendroflumetazid. Hypertensjon under graviditet. **Forsiktighetsregler:** Overdosering kan føre til elektrolyttforstyrrelser. Særlig oppmerksomhet overfor hypokalemi hos eldre pasienter med hjerte- og levervikt. Serumkalium bør kontrolleres jevnlig. Ved urinvegsobstruksjon kan symptomene forverres ved bruk av diuretika. Pasienter som får adekvat diuretikabehandling bør ikke stå på streng saltfattig kost. Nedsatt karbohydratmetabolisme kan kreve dosejustering av antidiabetika. Latente diabetes mellitus kan manifestere under administrering av tiurider. Eksacerbasjon eller aktivisering av systemisk lupus erythematosus er blitt rapportert. Pasienter bør informeres om at preparatene kan gi svimmelhet og hodepine, særlig i starten av behandlingen, som gjør at reaksjonsevnen kan nedsattes. Centyl: Oppmerksomhet hos pasienter med kaliumfattig kost. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktosemangel (Lapp-lactase deficiency) eller glukose-/galaktosemaltabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet pga. innhold av laktose. Centyl med kaliumklorid: Særlig oppmerksomhet overfor hyperkalemi hos pasienter med nyre- og levervikt. Kaliumtilsetningen gir ikke alltid betryggende profylakse mot kaliumtap, og ved kaliummangel vil kaliumtilsetningen være utilstrekkelig. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med fruktoseintoleranse, glukose-/galaktosemaltabsorpsjon eller suktase-isomaltase-mangel bør ikke ta dette legemidlet pga. innhold av sukrose. **Interaksjoner:** Potensiering av den antihypertensive effekten ved kombinasjoner med andre hypotoniserende. Samtidig bruk av digitalglykosider kan gi hypokalemi og forsterke digitalglykosidene. Serumkalium bør kontrolleres regelmessig. Samtidig bruk av litium kan øke litiumkonsentrasjonen i plasma. Serumlitium må kontrolleres regelmessig. Samtidig bruk av sotalol kan utløse arytmi. Samtidig bruk av kolestyramin eller kolestipol reduserer absorpsjonen av bendroflumetazid. Midlene bør tas med flere timer mellomrom. Samtidig bruk av NSAID kan motvirke den antihypertensive effekten av tiurider. Centyl med kaliumklorid: Må ikke gis sammen med kaliumsparende diuretika. (f. C03A low-ceiling diuretika, tiurider). **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Skal ikke brukes ved preklampi. Farmakodynamiske effekter som elektrolyttforstyrrelser, redusert plasmavolum og neonatal trombocytopeni kan være skadelig for fosteret. Behandling av gravide må bare skje på streng indikasjon. Overgang i morsmelk: Går over i morsmelk og kan hemme laktasjonen. Det er sannsynlig at barn som ammes kan påvirkes ved terapeutiske doser. Preparatet skal derfor ikke brukes ved amning. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, diaré, obstruksjon. Metaboliske: Hypokalemi, hyponatremi, forhøyede serumammoniumverdier, påvirkning av karbohydratmetabolismen. Sirkulatoriske: Perifert hypotensjon. Øvrige: Svimmelhet, hodepine, tinnitus, slapphet, mindre hyppige: Hud: Urticari, kløe, fotosensibilisering. Metaboliske: Hypomagnesiemi, hypokoremi, hypokloremisk alkalose. Muskel-skjelettsystemet: Myalg, muskelsmerter. Øvrige: Hyperkalemi, impotens. Sjeldne (<1/1000): Blod: Trombocytopeni, granulocytopeni, bloddyktsrør. Hud: Vaskulitt. Urogenitale: Påvirket nyrefunksjon. Øvrige: Allergiske reaksjoner. Centyl med kaliumklorid: Ved langsom transpassasje og ved vanskeliggjort motpasspassasje kan kaliumklorid i sustained release-form i enkelte tilfeller forårsake lokale ulcerasjoner. **Andre opplysninger:** Bendroflumetazid kan gi utslag på prøver ved dopingkontroll. **Pakkinger og priser:** Centyl: 100 stk. kr 103,70. Centyl med kaliumklorid: 100 stk. kr 175,80. Centyl mite med kaliumklorid: 100 stk. kr 166,90. Ti 6f), 12b(2, 27a)2. Stor ender: 17.01.2008

ATC-nr.: C03C A01 og C03C B01



LEO Pharma AS eies hundre prosent av den uavhengige og private stiftelsen The LEO Foundation. LEO har ingen aksjonærer og betaler ikke utbytte til eksterne eiere. Alt overskudd fra vår virksomhet brukes til forskning og utvikling. Uavhengighet, effektivitet, stabilitet og ansvar er kjerneverdier for vår virksomhet. www.leo.no

MoRo-prosjektet i Oslo har vist at det er mulig å øke fysisk aktivitetsnivå og redusere daglig røyking og biologiske risikofaktorer for hjerte- og karsykdom og diabetes i et lokalsamfunn med høy dødelighet og lav sosioøkonomisk status ved en teoribasert og lokalt initiert lavkostnadsintervensjon kombinert med en befolkningsrettet og høyrisikorettet strategi.

MoRo-prosjektet

– lokal samhandling gir bedre helse

AV TOM SUNDAR

For ti år siden var daværende bydelsoverlege Anne Karen Jenum lei av negative presseoppslag om dårlige levekår og uhelse i oslobydelene Romsås. Hun tok initiativ til prosjektet *Mosjon på Romsås* – som i løpet av få år skulle vise seg å bli et effektivt tiltak for å bedre helsen til folk i bydelen. Nøkkelen til de gode resultatene er samhandling mellom fagfolk, lokalpolitikere og ildsjeler i lokalsamfunnet.

Innen Oslo har markante regionale dødelighetsforskjeller vedvart frem til vår tid (se temaartikler i Utposten nr. 4, 2007). Forventet levealder ved fødsel var 11 år kortere i 1990–1994 i bydelene i indre øst for menn og syv år kortere for kvinner på Romsås enn i bydel Vinderen (1). Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer var tre ganger høyere.

Sammenhengen mellom bydelenes dødelighetsrater for hjerte- og karsykdommer korrelerer med sosioøkonomiske indikatorer. Risikofaktorer som røyking, fysisk inaktivitet og kroppsmasseindeks korrelerer med sosioøkonomiske indikatorer fra flere livsfaser og med dødelighet av hjerte- og karsykdommer. Utdanning og inntekt forklarer en betydelig andel av variansen i mortalitetsrater mellom bydelene. Ikke bare dødelighet, men også røykevaner synes å kunne spores til sosiale forhold i tidlig alder, også i Oslo (2). Analyser av utviklingen i risikofaktorer for hjerte- og karsykdom i bydelene i Oslo gjennom 1980- og 1990-årene har vist at kroppsmasseindeks og fysisk inaktivitet økte mer i østlige enn vestlige bydelene (3, 4).

Synergieffekter

– Vi har pratert lenge nok om forebygging, og nå er det på tide å handle. Det trengs nye metoder i det helsefremmende og forebyggende arbeidet, både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå, sier Anne Karen Jenum. Hun er samfunnsmedisiner, fastlege på Romsås samt forsker tilknyttet Diabetesforskningssenteret ved Aker universitetssykehus, og står

bak prosjektet *Mosjon på Romsås* (MoRo). Dette forsknings- og samhandlingsprosjekt i 2000–03 kom i stand gjennom et samarbeid mellom bydel Romsås, Statens helseundersøkelser, Norges idrettshøgskole og Aker universitetssykehus.

– MoRo var en intervensjonsstudie rettet mot befolkningen generelt og mot personer med høy risiko for sykdom, og ble initiert for å redusere risikofaktorene for diabetes og hjerte- og karsykdommer i bydel Romsås. Som kontrollpopulasjon valgte vi Furuset bydel, med tilsvarende befolkningssammensetning. Vi gjennomførte en livstilsintervensjon for å fremme fysisk aktivitet, og vurderte effekten etter tre år, sier Jenum.

I MoRo-prosjektet iverksatte man en rekke strategier for å fremme fysisk aktivitet i befolkningen og hos personer med høy risiko for diabetes og hjerte- og karsykdommer (5). Tiltakene ble implementert gradvis for å oppnå synergieffekter, og omfattet informasjonsformidling om fysisk aktivitet og helse samt aktivitetstilbud som for eksempel gå- og trimgrupper ledet av fysioterapeuter eller studenter fra Norges idrettshøgskole. I tillegg ble gangveiene langs borettslagene og rundt Romsåstoppen merket som «folkesti», og det ble sørget for brøyting, strøing og økt belysning på vinterstid. Man utarbeidet en informasjonsfolder med kart over områdets løyper og severdigheter. Befolkningen fikk tilbud om tester av fysisk form to ganger i året. I intervensjonen inn gikk også individuell oppfølging i regi av helsepersonell

LANGAPENT HVER DAG 9-20, LØRDAG 9-18

NORGES STØRSTE UTVALG!
Ekte Ørretstekte Toppes, Wildon Toppes
og Lopper, Veger til Veger Toppes.

SE HJELPSIDEN ANNONSE MED KART
GULE SIDER side 1254.

TEPPEABO
BYGGESKID, Tverrskjuren 55, 78 22 64 86 47

Aftenposten
Onsdag 26. juli 1995
Uke 30, Nr. 337, 136 årg.
Kr. 10,00

NY UNDERSØKELSE OM LEVEKÅRENE I OSLO

Verst å bo på Romsås

JÅRLIGST levekåre i Oslo finner du på
Lomsås, ifølge Statistisk Sentralbyrå, som
sier det er verre der enn noen gang før.

ÅRSÅKEN til bunnplasseringen er bl.a.
høy andel av sosialhjelp, uføretrygd, samt
nye vold og høy arbeidsledighet.

TRYGGE skoleveier og nærhet til Marka
står på Romsås' egen skytelse. Beboere
skjønner ikke bunnplasseringen.

Døde etter brann

En mann i 60-årene døde av skadene
forårsaket av en brann i en leilighet i
Sentraltorv i Oslo. Dødsårsaken er
ikke kjent. Brannen oppstod i går
kveld i et tre-ettersett leilighetskompleks
i Sentralbyrå. Mannen ble drept av en
gass- og elektrisk brann.

Mann prøvde å

slutte seg til å bli leilighetsgjester for
en kvinne i 40-årene. Hun ble drept
av skadene forårsaket av en brann i
en leilighet i Sentralbyrå. Mannen
ble drept av en gass- og elektrisk
brann.

Oslos drabant- byer forfaller

- Nå skjer det mye positivt på Romsås

Drabantbyene er i ferd med å bli
omgjort til gode bosteder. Det er
gjort mye for å bedre
levekårene i Romsås.

Drabantbyene er i ferd med å bli
omgjort til gode bosteder. Det er
gjort mye for å bedre
levekårene i Romsås.



Presseoppslag så annerledes ut i 1995
og 2004 – før og etter MoRo-prosjektet

- Ja, vi er blitt sprekere!

MoRo-
prosjektet
med gode
resultater



Avdekket sukkersyke hos mange

En undersøkelse har
avdekket at mange
mennesker har
sukkersyke. Dette
er en alvorlig
sykdom som kan
forårsake store
problemer hvis den
ikke blir behandlet.

En undersøkelse har
avdekket at mange
mennesker har
sukkersyke. Dette
er en alvorlig
sykdom som kan
forårsake store
problemer hvis den
ikke blir behandlet.

overfor de høyrisikoindividerne som ble funnet ved helseundersøkelsen. Disse fikk også kostråd og eventuelle råd om røykeslutt.

Hovedfunn

Resultatene fra prosjektet er nylig oppsummert i en artikkel i Norsk Epidemiologi (6): I en multietnisk bydel i Oslo med høy dødelighet og lav sosioøkonomisk status ble en teoribasert befolkningsrettet intervensjon for å fremme fysisk aktivitet utviklet og evaluert. Alle i alderen 31–67 år i intervensjonsbydelen og et aldersmatchet utvalg i kontrollbydelen Furuset (TABELL 1) ble invitert til en helseundersøkelse i 2000, og 2950 (48 prosent) møtte. Store etniske forskjeller i forekomsten av diabetes ble oppdaget. I aldersgruppen 30–59 år var forekomsten hos sørsasiatiske kvinner 27,5 prosent (95 prosent KI 18,1–36,9) og hos menn 14,3 prosent (8,0–20,7), mot 2,9 prosent (1,9–3,9) hos norske kvinner og 5,9 prosent (4,2–7,5) hos menn. De etniske forskjellene var signifikante etter justering for alder, midje/hofteforhold, fysisk aktivitet og utdanning. Etter ytterligere justering for kroppshøyde var oddsratio for kvinner (også justert for

paritetet) 6,0 (2,3–15,4) og for menn 1,9 (0,9–4,0). En sterk invers assosiasjon mellom diabetes og utdanning og inntekt ble funnet hos de vestlige. Hos innvandrere ga økt inntekt økt risiko for diabetes.

Etter intervensjonen møtte 67 prosent til oppfølgingsundersøkelsen i 2003. Endringer i fysisk aktivitet, dagligrøyking og biologiske variabler ble beregnet hos dem som møtte begge ganger. Netto økning i fysisk aktivitet (forskjell i endring fra 2000–2003 mellom bydelene) var 9,5 prosent ($p = 0,008$). Andel inaktive ble redusert med 22 prosent. Andelen som gikk opp i vekt, ble redusert med 50 prosent i forhold til kontrollbydelen ($p < 0,001$). Gunstige effekter ble funnet for kolesterol/HDL-ratio, triglyserider og glukose, systolisk blodtrykk og andel dagligrøykere. Resultatene for vekt, lipider og glukose var sammenliknbare for deltakere med høy og lav utdanning, og vestlig og ikke-vestlig bakgrunn.

«Empowerment»

Fem år etter prosjektslutt er det fortsatt stor aktivitet i gangveiene og trimlokalene på Romsås.

	Intervensjon (N=1497)	Kontroll (N=1453)	p-verdi
Alder (år)	47,7	48,0	NS
Kvinner (%)	57,2	55,7	NS
Ikke-vestlige (%)	20,6	22,7	NS
Utdanningslengde (år)	11,6	12,2	<0,001
Diabetes (selvrapportert og udiagnostisert) (%)	7,2	6,2	NS
Selvrapportert hjerteinfarkt (%)	2,3	1,5	NS
Selvrapportert angina (%)	3,2	2,6	NS
Inaktiv i fritiden (%)*	32,6	33,4	NS
Daglig røyking (%)	39,8	33,6	<0,01
Body mass index (kg/m ²)	27,0	26,6	<0,05
Fedme (BMI >30) (%)	23,7	18,6	<0,001
Glukose (mmol/l)	5,6	5,6	NS
Total kolesterol (mmol/l)	5,7	5,6	NS
HDL-kolesterol (mmol/l)	1,40	1,41	NS
Triglyserider (mmol/l)	2,0	1,9	<0,05

* Andel som svarte ja på at de i hovedsak leste, så på TV og andre stillende aktiviteter i fritiden

TABELL 1. Demografiske og biologiske karakteristika for studie-deltakere ved basisundersøkelsen i MoRo-prosjektet i 2000.

– Så vidt vi kjenner til, finnes det ikke andre studier i en slik kontekst med tilsvarende varighet og effekter av en lav-kostnadsintervensjon. Og ikke minst, deltakernes evaluering av prosjektet var svært positiv. Medieomtalen av Romsås er vesentlig mer balansert nå enn tidligere, sier Anne Karen Jenum.

Hun understreker at sentrale suksessfaktorer synes å være at intervensjonen ble utviklet på grunnlag av et bredt teori-grunnlag hvor aktiv involvering av befolkningen også inngår. Dette mener Jenum er en viktig forutsetning også i implementeringen av noen av de nasjonale strategier mot sosiale helseforskjeller.

– Implementering av multiple tiltak på mange påvirknings-nivåer øker sannsynligheten for varige atferdsendringer. MoRo viste at intervensjonseffektene var like store hos grupper med høy som lav utdanning, og hos ikke-vestlige innvandrere som hos norskfødte. Når representanter for målgruppen medvirker aktivt til å utvikle, implementere og evaluere en intervensjon, får man bedre tilpassing til lokale behov og ressurser. Denne formen for «empowerment» øker også sjansene for å lykkes, påpeker Anne Karen Jenum.

Lokale kunnskapsbaserte tiltak

Resultatene har bidratt til å sette type 2-diabetes og uoppdaget diabetes høyere på den helsepolitiske agendaen i Norge. Funnene indikerer at type 2-diabetes kan anses som en relevant sykdomsmarkør for sosiale helseforskjeller. Jenum fremholder at dagens trender for risikofaktorer og sykdom

aktualiserer behovet for nye metoder i arbeidet med å redusere helsegradienter. En aktuell strategi er å påvirke helse-determinanter som atferd, eller enda bedre, noen av de samfunnsmessige og sosiale faktorer som påvirker atferd, i en mer gunstig retning.

– Kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeid er svakere enn for eksempel for medikamentell behandling. Man verken kan eller bør bestandig bruke randomiserte kontrollerte studier som utgangspunkt for intervensjoner. Politiske og helsemessige tiltak må tilpasses målgruppene og evalueres slik at man kommer videre i kunnskapsutviklingen. Det er betenkelig når store ressurser blir øst ut til tiltak som mangler planlagt evaluering.

– En rettferdig og virkningsfull fordelingspolitikk er åpenbart viktig og nødvendig, likeledes en målrettet strategi for konsekvensutredninger om hvordan politikk, tiltak og prosjekter vil virke. Men dette alene vil neppe ha tilstrekkelig effekt på diabetesepidemien og dens sosiale gradient. I en nasjonal strategi for å redusere sosiale helseforskjeller bør lokale, kunnskapsbaserte tiltak på flere nivåer også inngå, for å bidra til å redusere de lokale og regionale gradientene. Dette krever metodeutvikling og evaluering som må finansieres gjennom nasjonal prioritering av intervensjonsforskning, sier Anne Karen Jenum.

Referanser

1. Rognerud M, Stensvold I. Oslohelsetilstand – utredning om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene. Oslo: Klinikk for forebyggende medisin, 1998.
2. Jenum AK, Stensvold I, Thelle DS. Differences in cardiovascular disease mortality and major risk factors between districts in Oslo. An ecological analysis. *Int J Epidemiol* 2001; 30 Suppl 1:S59–S65.
3. Jenum AK, Graff-Iversen S, Holme I, Birkeland KI. Ethnicity and gender are strong determinants of diabetes in an urban western society: implications for prevention. *Diabetologia* 2005; 48: 435–439.
4. Jenum AK, Anderssen SA, Birkeland KI, Holme I, Graff-Iversen S, Lorentzen C, Ommundsen Y, Raastad T, Ødegaard AK, Bahr R. Promoting physical activity in a low-income multi-ethnic district: effects of a Community Intervention Study to Reduce Risk Factors for Type 2 Diabetes and Cardiovascular disease. *Diabetes Care* 2006; 29: 1605–1612.
5. Jenum AK. A Public Health Approach to the Prevention of Type 2 Diabetes and Cardiovascular Disease. Background, Methods and Results of the «Romsås in Motion» Community-based Intervention Study. Oslo: Diabetes Research Centre, Aker and Ullevål University Hospitals, Faculty of Medicine, University of Oslo, 2006.
6. Jenum AK, Lorentzen C, Graff-Iversen S, Anderssen S, Ødegaard AK, Holme I, Birkeland K, Ommundsen Y. Kan lokalbaserte strategier bidra til å redusere sosiale helseforskjeller? MoRo-prosjektet – bakgrunn, hovedresultater og erfaringer. *Norsk Epidemiologi* 2007; 17 (1): 49–57.

Dessverre, malariamyggen tar aldri ferie!



MALARONE®
atovakvon/proguanil

gir effektiv beskyttelse (95-100 %)* mot *P. falciparum*-malaria for hele familien*

Effektiv mot *P. falciparum*-stammer som er resistente overfor andre antimalaria¹
Kryssresistens mellom andre antimalaria og MALARONE er ikke observert¹

C Malarone «GlaxoSmithKline»
Malarone Junior «GlaxoSmithKline»
antimalariamiddel

ATC nr.: P01B B01

TABLETTER: Malarone: Hver tablett inneholder: Atovakvon 250 mg, proguanilhydroklorid 100 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), stannoksid (E 171).
TABLETTER: Malarone Junior: Hver tablett inneholder: Atovakvon 62,5 mg, proguanilhydroklorid 25 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), stannoksid (E 171).

Indikasjoner: Malarone/Profylakse mot Plasmodium falciparum-malaria. Behandling av akutt, ukomplicert malaria forårsaket av *P. falciparum*. Malarone Junior/Profylakse mot *P. falciparum*-malaria hos personer som veier 11-40 kg. Behandling av akutt, ukomplicert *P. falciparum*-malaria hos barn 3-11 kg. Siden Malarone og Malarone Junior kan være effektive mot stammer av *P. falciparum* som er resistente mot et eller flere antimalariamidler, kan disse preparatene være spesielt godt egnet som profylakse og behandling mot *P. falciparum*-malaria i områder hvor det er vanlig at denne arten er resistent overfor andre antimalariamidler. Offisielle retningslinjer og lokal informasjon om prevalens av resistens overfor antimalariamidler skal tas med i vurderingen. Offisielle retningslinjer vil normalt inkludere retningslinjer fra WHO og Helsesmyndighetene.

Dosering: Malarone: Profylakse: 1 tablett daglig til personer >40 kg. Behandling: Voksne: 4 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. Barn: 11-20 kg: 1 tablett 1 gang daglig i 3 dager. 21-30 kg: 2 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. >30 kg: 3 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. Malarone Junior/Profylakse: Barn: 11-20 kg: 1 tablett daglig. 21-30 kg: 2 tabletter daglig. 31-40 kg: 3 tabletter daglig. Behandling: Barn: 3-10 kg: 1 tablett 1 gang daglig i 3 dager. 11-20 kg: 2 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. 21-30 kg: 3 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. For tas sammen med mat eller melk og til samme tid hver dag. Ved oppkast den første tinnest eller innst, bør ny dose tas. Ved diaré bør normal dosering fortsette. Profylakse skal påbegynnes 24-48 timer før innreise i endemisk område med malaria, tas under hele oppholdet og i 7 dager etter utreise fra området. Profylakse i malarieendemisk område bør ikke overskride 28 dager. For innbyggere (semi-immune personer) i endemiske områder er sikkerhet og effekt av preparatene fortsatt i studier på inntil 12 uker. Tablettenes bør svelges hele. Kan også knuses og blandes i mat eller melk.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for atovakvon, proguanilhydroklorid eller øvrige innholdstoffer. Kontraindisert som profylakse mot *P. falciparum*-malaria hos pasienter med alvorlig redusert nyrefunksjon (kreatininclearance <30 ml/minutt).

Forsiktighetsregler: Sikkerhet og effekt av Malarone Junior som profylakse hos barn <11 kg er ikke klarlagt. Absorpsjonen av atovakvon kan være redusert hos pasienter med diaré eller oppkast, men dette har ikke vært assosiert med redusert profylaktisk effekt. Deres pasienter med akutt malaria har diaré eller oppkast, bør alternativ behandling vurderes. Deres Malarone brukes til behandling av malaria hos disse pasientene, bør parasittmengden i blod følges nøye. Ikke undersøkt for behandling av cerebral malaria eller andre alvorlige manifestasjoner av komplisert malaria som hyperparasitemi, lungedøme eller nyresvikt. Resistiv oppstår ofte når *P. vivax*-malaria kun blir behandlet med Malarone. Relapsene som blir betydelig eksponert for *P. vivax* eller *P. ovale*, og som utvikler malaria forårsaket av en av disse parasittene trenger tilleggsbehandling med et legemiddel som er aktivt overfor hypozoitene. Ved resistiv eller infeksjon med *P. falciparum* etter behandling med Malarone eller ved behandlingsavbrudd, bør pasienten behandles med et annet middel med drapende virkning på schizontene i blodet. Parasittfremkomst i blodet bør overvåkes hos pasienter som samtidig behandles med metoklopramid eller tetracyklin. Samtidig behandling med Malarone og rifampicin eller rifabutin anbefales ikke. Alternativer til Malarone bør anbefales for behandling av akutt *P. falciparum*-malaria hos pasienter med alvorlig redusert nyrefunksjon (GFR <30 ml/minutt). Svinehøst er rapportert ved bruk av Malarone. Pasienter bør ikke kjøre bil, bruke maskiner eller ta del i aktiviteter som setter dem selv eller andre i fare dersom de er svikete.

Doseres etter vekt

Tablettstyrke	Vekt kg	Før avreise 1 dag	Under oppholdet daglig	Etter utreise 7 dager
Malarone 250/100	> 40	●	●	●
Malarone Junior 62,5/25	31-40	● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ●
Malarone Junior 62,5/25	21-30	● ●	● ●	● ●
Malarone Junior 62,5/25	11-20	●	●	●

Den daglige dosen bør tas sammen med mat eller melk (for å oppnå maksimal absorpsjon).

Interaksjoner: Samtidig behandling med metoklopramid og tetracykliner har vært forbundet med betydelig reduksjon i plasmaproteinkonsentrasjonen av atovakvon. Forsikring ved kombinasjon med indinavir, pga. reduksjon av C_{max} for indinavir. Samtidig behandling med rifampicin eller rifabutin reduserer atovakvon-nivået med hhv. ca. 50 % og 34 % og bør derfor unngås.
Grensetilråkning: Overgang i placent. Sikkerheten ved samtidig bruk av atovakvon og proguanilhydroklorid hos gravide er ikke klarlagt og potensiell risiko er ukjent. Bruk under graviditet bør kun overveies dersom forventede fordeler for moren oppveier mulig risiko for fosteret. Proguanil hemmer parasittens dihydrofolatreduktase. Ingen kliniske data indikerer at folatsupplement reduserer legemidlets effekt. Kvinner i fertil alder som behandles med folatsupplement skal fortsette med slik behandling mens de tar preparatene. Overgang i morsmelk: Det er ikke kjent om atovakvon skilles ut i morsmelk. Proguanil skilles i morsmelk i små mengder. Preparatene bør ikke brukes under amning.

Effekter: Varigvis midde og av begrenset varighet. Hyppigst rapportert ved bruk av Malarone som profylakse mot malaria: Hodepine, mavesmerter og diaré. Hyppigst rapportert ved bruk av Malarone Junior som profylakse mot malaria: Hodepine, mavesmerter, diaré, kvalme og feber. Hyppigst rapportert ved bruk av Malarone eller Malarone Junior til behandling av malaria: Mavesmerter, hodepine, anoreksi, kvalme, oppkast, diaré og feber. Overveide hendelser assosiert med Malarone, Malarone Junior, atovakvon eller proguanilhydroklorid: Blod Anemi, sår, trykkløst, gultgulest hos pasienter med alvorlig redusert nyrefunksjon. Endringer: Anoreksi, hypotensjon, gastrointestinale: Mavesmerter, kvalme, oppkast, diaré, mavesmerter, sår i munnen, stomitt. Lever: Forhøyet leverenzymnivåer og anfallsnivåer. Uønskede leverfunksjonsforstyrrelser er reversible og ikke forbundet med uønskede kliniske hendelser. Luftrør: Hoste. Neurologiske: Hodepine, søvnighet, svimmelhet. Øvrige: Feber, halsbet, artralgi, muskelsmerter, utstøtt (urticaria), kløe, angioedem og isolerte tilfeller av anafylaksi.

Overdosering/Forgiftning: Ved mistanke om overdosering, bør symptomatisk støttebehandling gis.

Egenskaper: Klassifisering: Kombinasjonspreparat med atovakvon og proguanilhydroklorid som virker drapende på schizontene i blodet og som også er aktive overfor hepatiske schizonte av *P. falciparum*. Virkningsmekanisme: Kombinasjon av atovakvon og proguanil gir

Enkelt i bruk:

Start en dag før innreise til et malarieområde, en gang daglig under oppholdet og i en uke etter utreise fra malarieendemisk område.

synergistisk effekt. Virkestoffene griper inn i ulike synteseveier for pyrimidin, som er nødvendig for replikasjon av nukleotider. Atovakvon hemmer elektrontransportkjeden i parasittens mitokondrier og medfører kollaps av mitokondrienes membranpotensial. Proguanil, via metaboltitt cyklopropan, hemmer dihydrofolatreduktase og forhindrer deoksy-midylatsyntese. Proguanil kan også forsterke atovakvons effekt til å bryte mitokondriens membranpotensial hos malariparasitter. Absorpsjon: Atovakvon er svært lipofilt med lav vannoppløselighet. Fettholdig mat innstøt samtidig med atovakvon øker absorpsjonsgrad og -hastighet, og øker AUC 2-3 ganger og C_{max} 5 ganger i forhold til ved faste. Proguanilhydroklorid absorberes raskt og fullstendig, uavhengig av samtidig matinntak. Fordeling: Atovakvon har høy proteinbindingsgrad (>99 %), men forer ikke andre legemidler med høy proteinbindingsgrad in vitro. Proguanil er 75 % proteinbundet. Halveringstid Atovakvon: Ca. 2-3 dager hos voksne og 1-2 dager hos barn. Proguanil og cyklopropan. Ca. 12-15 timer hos både voksne og barn. Metabolisme: Proguanilhydroklorid blir delvis metabolisert av CYP 2C19. Utskillelse: Atovakvon: Uetydelig utskillelse i urin. Det meste (>90 %) utskilles utskilt i feces. Proguanilhydroklorid: >40 % utskilles utskilt i urin. Metabolittene cyklopropan og 4-klorofenylpropanid utskilles også i urin.

Pakninger og priser: Malarone: 12 stk. kr 371,20. Malarone Junior: 12 stk. kr 141,10. Sist endret: 01.12.2007

* Personer > 11 kg

Referanse:
McKee G, Scott LJ. Atovaquone/Proguanil. Drugs 2002;63(3):587-623

gsk
GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AS, Postboks 180 Vinderen, 0219 Oslo.
Telefon: 22 70 20 00. Telefaks: 22 70 20 04. www.gsk.no

SSRI MOT DEPRESJON

Etablert praksis på usikkert grunnlag?

GUNHILD FELDE intervjuer PÅL SANDVIK

Utposten satte i nr 4/2006 fokus på bruken av antidepressive midler og dokumentasjonen bak denne behandlingen. Utgangspunktet var en artikkel publisert i British Medical Journal 16. juli 2005 (Moncrieff J, Kirsch I: Efficacy of antidepressants in adults BMJ 2005; 331: 155-9) som tok opp dette spørsmålet etter at det var vedtatt nye nasjonale retningslinjer i England som anbefalte SSRIer som førstelinjebehandling ved depresjoner. Metaanalysene av placebokontrollerte forsøk, som anbefalingene bygget på, viste en signifikant forskjell i symptomnivå mellom medikament- og placebogruppe, men forskjellene var så små at de ble vurdert som klinisk ubetydelige. Kommentartikkelen i BMJ konkluderte med at de engelske anbefalingene, som synes omtrent å tilsvare de norske, ignorerer viktige data og bør revurderes. Det var i 2006 vanskelig å få noen faglig kommentar på disse synspunktene fra noe norsk fagmiljø. Det var tydelig et komplisert farvann å bevege seg inn i. Saken er i det siste aktualisert i forbindelse med en fersk studie (Kirsch et al: Initial severity and antidepressant benefits: a metaanalysis. PLoS Medicine 2008) som tar for seg metaanalyser som omhandler klinisk effekt av antidepressive medikamenter. Denne gjennomgangen inkluderte også negative, upubliserte studier. Forfatterne av denne ferske artikkelen konkluderer med at det er liten grunn til å skrive ut antidepressiva ved milde og moderate depresjoner med mindre andre behandlingsopplegg har vært mislykket. Medikament-placeboforskjellen øker ved alvorlige depresjoner, men selv ved alvorlige depresjoner er forskjellen liten. Saken følges her opp ved et intervju med psykiater Pål Sandvik ved St.Olav Hospital.



Gunhild Felde

f. 1971. Fastlege i Bergen. P.t. deltid allmennpraktikerstipendarbeid om sammenheng mellom urininkontinens og angst/depresjon. Medredaktør i Utposten 2003-2007.

– For en allmennlege som følger retningslinjene og skriver ut antidepressiva til deprimerte pasienter, og som også mener å ha sett positiv effekt hos egne pasienter, er både kommentartikkelen i BMJ og de nye resultatene til Kirsch et al urovekkende lesning. De placebokontrollerte forsøkene viser liten forskjell mellom placebo og medikament. Lures vi av effekten vi tror vi ser? Ville alt vi puttet i pasienten virket omtrent like godt? Eller kan vi fortsette dagens behandling i trygg visshet om at den er solid faglig fundamentert?

Vi må ikke glemme at depresjon diagnostisert etter stringente kriterier er en alvorlig tilstand med høy grad av tilbakefall, kronifisering, funksjonsnedsettelse, sykелighet og dødelighet. Det er overordentlig viktig å ikke skape et klima av behandlingsmessig likegyldighet ved denne tilstanden, ikke minst fordi det allerede er et problem at deprimerte ikke søker behandling.

Selv om de behandlingsmetoder vi har i dag på ingen måte er optimale, viste for eksempel STAR*D som er en stor studie med naturalistisk design, at systematisk trinnvis utprøving av ulike antidepressive medikamenter og/eller psykoterapiregimer over ett år ga en teoretisk kumulativ remisjonsrate på nærmere 70 prosent.

STAR*D inkluderte 3600 pasienter, studien var randomisert, men åpen og uten placebogruppe. Alle startet med en standard behandling (citalopram i 12 uker). I trinn to ble pasienter som ikke responderte randomisert til en av syv ulike behandlinger: Bupropion, sertralin, venlafaxin, citalo-

Som bakgrunn for intervjuet henvises det for øvrig til innlegget i Utposten nr. 4/2006.



Pål Sandvik ble legeutdannet i 1986 og er spesialist i psykiatri og klinisk farmakologi. Det meste av hans erfaring er fra akuttpsykiatri. Overlege, spesialist i psykiatri og klinisk farmakologi på avd for klinisk farmakologi, St. Olavs Hospital i Trondheim.

pram + bupropion, citalopram + buspiron, citalopram + kognitiv terapi eller bare kognitiv terapi. Nonresponderere kunne i trinn tre randomiseres til nortriptylin, mirtazapin eller få tillegg av litium eller T3. I trinn fire kunne nonresponderere randomiseres til tranlycypromin (MAO-hemmer) eller venlafaksin + mirtazapin.

Både pasienter og lege visste hva som ble gitt og pasientene fikk også velge hvilke behandlinger de skulle bli randomisert til. Hensikten var å imitere vanlig klinisk virksomhet, men svakheten med studien er at man ikke kan vite hvordan det hadde gått med pasientene hvis de hadde fått placebo.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) i Sverige ga i 2004 ut en svært omfattende metaanalyse av behandlingseffekter ved depresjon. Det norske legemiddelverket støtter sine anbefalinger på denne utredningen som slår fast at det er et stort antall antidepressive legemidler og flere typer psykoterapi som har veldokumentert effekt i behandlingen av depresjon hos voksne.

Likevel er Joanna Moncrieffs kritikk viktig. Det er en rekke problemer med legemiddelstudier. Høy placebo-effekt, overdrevet fokus på små statistiske forskjeller og selekterte pasienter reduserer overføringsverdien til klinikken. Industrisponsing og manglende publisering av negative studier bidrar til skjevhet.

Grunnlaget for kritikken er forsterket med den nylig publiserte metaanalysen av Irving Kirsch. Denne viser helt klart at forskjellen i behandlingseffekt mellom antidepressiva og placebo er liten for milde og moderate depresjoner. Til en viss grad har vi alle sammen blitt forledet til å tro at antidepressiva har bedre effekt enn de faktisk har.

– Studien du refererer til som viser remisjonsrate på 70 prosent er en av flere ikke-placebokontrollerte studier som viser god effekt av antidepressive medisiner. Samtidig lever vi i en medisinsk virkelighet der vi gjerne vil kunne vise til at medikamenter vi gir virker bedre enn placebo. De placebokontrollerte studiene på antidepressiva viser alltid en forskjell, om enn liten, i favor av medikament. Er denne forskjellen etter din mening stor nok til

at vi kan si at det virker, og at samfunnet skal bruke milliarder av kroner på en slik behandling? Og er den stor nok til at vi skal utsette pasienter for til tider betydelige bivirkninger?

Det er ingen i dag som vil hevde at vi ikke skal behandle depresjoner. Spørsmålet er om vi behandler for mange med medikamenter i forhold til andre behandlingsmetoder. For milde eller moderate depresjoner har psykoterapi like god effekt som medikamenter, men tilgangen på psykoterapi er liten. Min personlige mening er at en god del av dagens pasienter kunne klart seg uten antidepressive medisiner hvis tilgangen på psykoterapi økte. Dette gjelder ikke minst fordi mange med milde til moderate depresjoner kan være mer preget av funksjonstap enn symptomer. En økende erkjennelse av at nyere antidepressiva kan ha plagsomme og til dels alvorlige bivirkninger, trekker i samme retning.

På den andre siden er det også undersøkelser som viser at store grupper av deprimerte ikke får adekvat medikamentell behandling, så det er ikke er noe entydig svar på dette spørsmålet.

Det er ingen som med sikkerhet kan si hva som er optimalt nivå av forskrivning av antidepressiver. Det er funnet en korrelasjon mellom fall i selvmordsrate og den økningen man hadde i forskrivning av antidepressive fra begynnelsen av 1990-tallet. Tolkningen er imidlertid omdiskutert. Korrelasjonen kan tyde på at et visst nivå av antidepressiv forskrivning er gunstig, men beviser på ingen måte at dagens nivå er riktig. Derimot gir det grunn til ettertanke at tall fra USA og Nederland har vist økt forekomst av selvmord hos unge etter at forskrivningen av antidepressiver i disse aldersgruppene ble redusert som følge av legemiddelmyndighetenes advarsler.

Symptomskår, respons- og remisjonsrater

– Konklusjonen hos NICE var at medikamenter hadde klinisk viktige fordeler basert på respons- og remisjonsrater. Samtidig viser data som bygger på samme symptomskår at det ikke var noen klinisk relevant effekt. Det pekes i BMJ-artikkelen på at inndeling i remisjon og ikke-remisjon kan være problematisk fordi pasienter like over og like under cut-off kan være klinisk umulig å skille. Bruken av disse begrepene kan virke forvirrende...

Det er ikke tvil om at gjennomsnittlig reduksjon i symptomskåre kan være et lite klinisk relevant mål. Derimot må responsrate (definert som 50 prosent reduksjon av symptomskåre), og særlig remisjonsrate (andelen som er symptomfri) regnes som klinisk relevante endepunkter selv om de bygger på samme data. Hun har rett i at tallene vil ha en viss usikkerhet, men en god studie vil oppgi konfidensintervallet slik at leseren selv kan bedømme denne usikkerheten.

NICE angir en gjennomsnittlig forskjell i responsrate på 50 prosent i medikamentgruppen og 30 prosent i placebogruppen. Dette gir en moderat, men klinisk signifikant forskjell, med NNT på fem. Det vil si at man må behandle fem pasienter for å få en ekstra responder i forhold til placebo.

For øvrig er jeg enig med Joanna Moncrieff i at Hamiltons depresjonsskala ikke er noe spesielt godt skåringsinstrument fordi det vektet søvn og vegetative symptomer for høyt i forhold til kjernesymptomene ved depresjon. MADRS er et bedre instrument og er standard i de fleste nyere studier.

– Metaanalyser med store forsøkspopulasjoner er et grovmasket garn som kan gjøre at variasjoner mellom undergrupper ikke fanges opp. Kan det tenkes at vi mangler gode nok metoder til å fange opp undergrupper av deprimerte som medikamentene virker på?

Det er antagelig riktig. Dagens diagnostiske kriterier er upresise og gjør det vanskelig å skille reaktive depressive symptomer fra egentlige depresjoner. Depressive symptomer er vanlige både ved livskriser, eksistensielle problemer, sosiale problemer, økonomiske problemer og somatisk sykdom. Symptomene vil ofte gå tilbake hvis de underliggende problemene løses, mens medikamenter alene kan ha begrenset effekt hos slike pasienter. Vi trenger biologiske markører som kan støtte depresjonsdiagnosen. Det finnes noen kandidater for dette, men foreløpig ingen som er tilstrekkelig validert for bruk i klinikken.

Større effekt ved alvorlige depresjoner?

– Det har vært sprikende resultater om hvorvidt antidepressiva virker best ved alvorlige depresjoner. I artikkelen i BMJ fra 2005 refereres det til minst en stor metaanalyse som ikke viste noen slik sammenheng. Det hevdtes at «Regression to the mean» (konvergering mot midtpunktet av dataene) kan ha bidratt til mye av dette inntrykket da det medfører at personer med alvorligere depresjon ved første måling vil vise størst nivå av forbedring totalt sett. Størst forbedring skjer hos pasientene med alvorligst depresjon, både når de behandles med medikament og placebo. Den nylig publiserte gjennomgangen av metaanalyser av Kirsch et al viste at medikament-placeboforskjellen øker ved alvorlige depresjoner, men er liten selv hos denne gruppa. Hvordan vil du oppsummere dette?

De aller fleste pasienter som inngår i legemiddelstudier er etter kliniske vurderinger moderat deprimerte selv om de har høy symptomskåre. Blant annet vil suicidale pasienter nesten alltid ekskluderes. Subgruppeanalyser på de «sykeste» pasientene i en legemiddelstudie er derfor ikke noe godt mål på behandlingseffekt ved alvorlig depresjon, men viser en tendens til at pasientene med mest symptomer har mindre effekt av placebo.



LUTVINGSTO

Det gjøres få placebokontrollerte studier på pasienter med reelle alvorlige depresjoner, for eksempel melankolier eller psykotiske depresjoner. Statens beredning for medisinsk utvärdering angir at antidepressiva og ECT (elektrosjokk) er de best dokumenterte behandlingene ved alvorlig depresjon, men mangelen på gode studier gjør at evidensen er moderat.

Langtidseffekt

– *Langtidsstudiene referert i BMJ-artikkelen fra 2005 viser at pasienter behandlet med antidepressiva på sikt til og med kunne ha det dårligere enn de som ikke fikk slik behandling, også etter justering for alvorlighetsgrad. Som allmennlege møter jeg ofte pasienter som har stått på antidepressiva i flere år, og som har problemer med å slutte, eller som ikke ønsker å gjøre seponeringsforsøk fordi de opplever det som en trygghet å bruke medikamentet, og er redd for tilbakefall. Hva bør vi si til disse pasientene?*

Artikkelens kritikk av langtidsbehandling støtter seg på få og gamle studier. SBU angir at det er sterk vitenskapelig støtte for at pasienter med tilbakevendende eller særlig alvorlige depresjoner får sin risiko for tilbakefall halvert ved fortsatt behandling i inntil tre år. Flere andre meta-analyser de siste årene bekrefter dette.

Når det gjelder vedlikeholdsbehandling med medikamenter utover tre år mangler det studier. Beslutninger om lengre behandling må derfor tas på klinisk grunnlag. De fleste klinikere vil vegre seg mot å seponere antidepressiva hos stabile pasienter som har hatt flere tidligere episoder, men dette må vurderes opp mot hva pasienten foretrekker og ikke minst bivirkninger.

Det gir liten mening å presse pasienter til langtidsbehandling med antidepressiva hvis de får nedsatt livskvalitet på grunn av bivirkninger, ikke minst fordi en betydelig andel får tilbakefall til tross for vedlikeholdsbehandling. Det viktige er å gi pasienter som har hatt flere depressive episoder vedvarende strukturert og regelmessig oppfølging hvor medikamenter kan være en av flere mulige intervensjoner.

Allmennlegen som samtaleterapeut

– *Det kan altså synes som om det er et overforbruk av antidepressiva hos de mildt til moderat deprimerede. Disse pasientene ville ifølge den nylig publiserte studiegjennomgangen til Kirsch sannsynligvis respondere like bra på samtaleterapi. Allmenn-*

legene utøver jo mye samtaleterapi i dag. Vil våre samtaler være gode nok hvis vi skal kutte ned på forbruket av antidepressiva?

Mange allmennleger utfører denne oppgaven på en utmerket måte i dag. De grunnleggende aspektene ved psykoterapi slik jeg ser det er diagnostikk, empati og pedagogikk. Strukturert og planmessig oppfølging hvor problemer, symptomer og løsninger blir diskutert, eventuelt med bistand fra familie og det sosiale hjelpeapparatet vil være tilstrekkelig for mange pasienter. Jeg tror det er en myte at slik intervensjon trenger å være veldig tidkrevende eller langvarig.

De fleste leger har tilstrekkelige ferdigheter for å utføre dette, men en opplæring for eksempel i kognitiv adferdsterapi eller andre spesifikke terapiformer vil alltid være nyttig.

– Mange pasienter som bruker antidepressive medikamenter forteller at de opplever at sårbarheten for inntrykk utenfra blir mindre, de føler seg mer robuste. Er det vitenskapelige holdpunkter for dette, og hvordan kan det eventuelt måles?

Dette kan være en av hovedeffektene av SSRIer, særlig mot generalisert og sosial angst ved at pasientene blir mindre følsomme for angstskapende inntrykk. Det kan være at denne effekten også gir økt motstandskraft mot stressorer, og dermed bidrar til den antidepressive effekten. Fenomenet er ikke godt beskrevet i litteraturen, og vanskelig å måle. Noen pasienter beskriver personlighetsforandring med emosjonell flathet og likegyldighet, noe som kan oppleves ubehagelig.

– Du var leder for ekspertgruppen nedsatt av Kunnskapssenteret som skulle evaluere effekten av forskjellige SSRIer. Gruppen trakk seg i forløpet med arbeidet. Hva var grunnen til det?

Vi hadde som oppdrag å se om det var forskjeller i effekt og/eller bivirkninger på nyere antidepressiver. Prosjektet ble imidlertid forsinket. Vi trakk oss som forfattere fordi Kunnskapssenteret ikke kunne gi oss tilstrekkelig tid til å vurdere den endelige rapporten før publisering. I ettertid har vi hatt en del innvendinger mot innholdet i rapporten, og har publisert en kommentar i Tidsskrift for den norske legeforening.

– Salget av antidepressive medikamenter har eksplodert. I hvor stor grad vil du si at den farmasøytiske industrien har påvirket denne utviklingen?

Det er ingen tvil om at farmasøytisk industri i stor grad

påvirker hvilke antidepressiver legene velger å forskrive. Tydeligst ser vi dette gjennom markedsføringen av escitalopram. Etter min mening er det vanskelig å finne tilstrekkelig objektiv dokumentasjon for at escitalopram er vesentlig bedre enn citalopram. Likevel er det nesten utelukkende escitalopram som blir forskrevet.

I hvor stor grad farmasøytisk industri også har påvirket totalsalget er vanskeligere å vurdere, men det er min personlige mening at markedsføringen har skapt et større marked for antidepressive medikamenter ved milde til moderate depresjoner enn det er faglig grunnlag for.

– Mange behandlingsmetoder og retningslinjer innen forskjellige medisinske felt har gjennom årene blitt forkastet da de ikke har vist seg å holde mål. Ut fra de siste publiserte resultater på effekt av antidepressiva, tror du dagens antidepressive medikamenter har kommet for å bli?

Dagens antidepressive medikamenter har klare begrensninger. Det ville overraske meg mye om man i framtiden ikke klarte å utvikle medikamenter med andre og bedre virkningsmekanismer.

Så har vi kommet nærmere en sannhet i dette?

En fersk, stor metaanalyse tyder altså i retning av at vi sannsynligvis skriver ut for mye antidepressive medisiner, spesielt ved milde og moderate depresjoner.

En fare ved å sette fokus på dette, er at de deprimerte, som fra før er en underdiagnostisert gruppe, kan bli utsatt for behandlingsvegring. En utfordring for allmennlegene må bli å ha tro på verdien av samtaler med pasientene, og kanskje også tilegne seg noen nye verktøy til bruk i slik terapi.

Når bruken av antidepressive medisiner settes under lupen, svarer industrien med at kritikerne mangler forståelse for psykisk syke og deres familier. Dette er urettferdig og dårlig argumentasjon, både mot de deprimerte og mot kritikerne – og det bør ikke hindre oss i å søke sannheten i dette.

Samtidig vil enkelte aktører også være ute etter en ny medisinsk skandale, en holdning som heller ikke tjener pasientene fordi det kan frata mange god og veldokumentert hjelp. Hvor sannheten i dette ligger, er ikke godt å si, og det er vel fortsatt god grunn til å innta en avvæntende holdning.

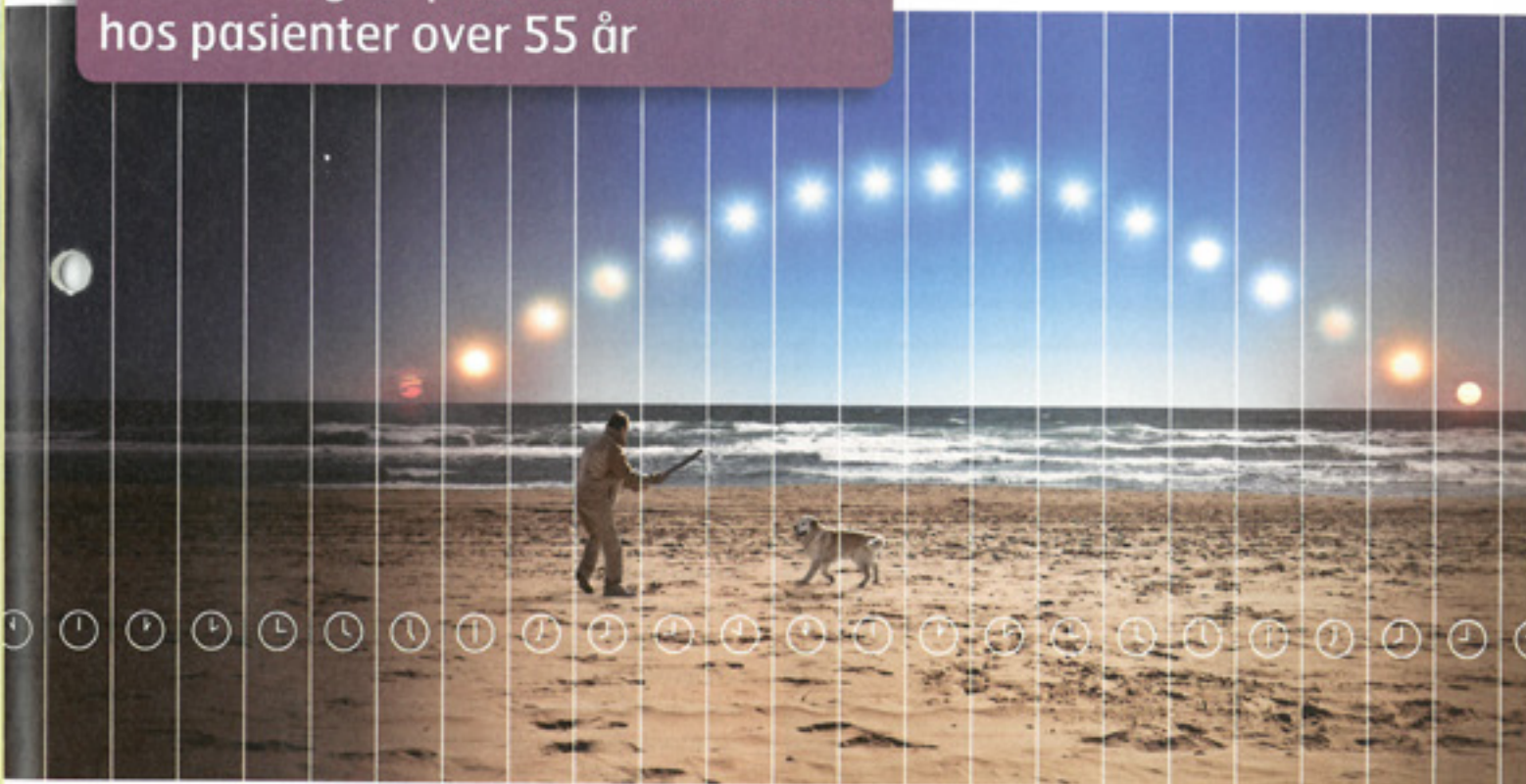
Nyhet!

Depottablett melatonin

circadin®

Sov godt. Lev godt.

Behandling av primær søvnløshet hos pasienter over 55 år



C Circadin «Neurin»
Sedativum, Hypnotikum.
DEPOTTABLETTER 2 mg

ATC-nr.: N05C M17

Hver depottablett inneh.: Melatonin 2 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Indisert som monoterapi til kortvarig behandling av primær insomni karakterisert ved dårlig søvnkvalitet hos pasienter >55 år.

Dosering: Bør svelges hele. **Voksne:** 2 mg 1 gang daglig, 1-2 timer før leggetid og etter mat. Denne doseringen bør fortsettes i 3 uker. **Barn og ungdom: <18 år:** Anbefales ikke pga. utilstrekkelige data vedrørende sikkerhet og effekt. Nedsatt leverfunksjon: Anbefales ikke.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for melatonin eller noen av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler: Melatonin har moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Kan forårsake tretthet. Brukes med forsiktighet hvis effekten av tretthet med søvnløshet kan føre til sikkerhetsrisiko. Anbefales ikke ved autoimmune sykdommer, da det ikke foreligger kliniske data angående bruk til denne pasientgruppen. Pasienter med sjeldne, arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvelig laktosemangel (lapp-laktosemangel) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet.

Interaksjoner: Melatonin metaboliseres hovedsakelig via CYP1A. Interaksjon mellom melatonin og andre legemidler som en følge av effekten deres på CYP1A-enzymet, er derfor mulig. Fluvoxamin øker melatoninnivået ved å hemme CYP1A2 og CYP2C19. Kombinasjonen bør unngås. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av 5- eller 8-metoksypsoridin, som øker melatoninnivået ved å hemme metabolismen. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av cimetidin, en CYP2D0-hemmer, som øker melatoninnivået i plasma. Røyking kan redusere melatoninnivået pga. CYP1A2-induksjon, østrogen øker melatoninnivået ved å hemme CYP1A1 og CYP1A2 og forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk. CYP1A2-hemmere, som kinoloner, kan føre til økt melatonineksponering. CYP1A2-indusere som karbamazepin og rifampicin kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av melatonin. Alkohol må ikke inntas samtidig fordi det reduserer effekten på søvn. Melatonin kan øke de sedative egenskapene til benzodiazepiner og ikke-benzodiazepinhypnotika, som zalepon, zolpidem og zopiklon. Samtidig inntak av melatonin og tiordazin kan føre til en økt følelse av uro og sammenlignet med kun bruk av tiordazin. Samtidig inntak av melatonin og imipramin kan føre til økt følelse av uro og problemer med å utføre oppgaver sammenlignet med kun bruk av imipramin.

Graviditet/Amning: Overgang i placentar. Bruk under graviditet er ikke undersøkt. Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter på svangerskapsforløp, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Pga. manglende kliniske data bør ikke gravide og kvinner som ønsker å bli gravide, bruke preparatet. Overgang i morsmelk: Går over. Anbefales derfor ikke til ammende.

Bivirkninger: Mindre hyppige: Gastrointestinale: Mavesmerter, forstoppelse, munntørhet, Hud: Hyperhidrose. Lever: Hyperbilirubinemi. Neurologiske: Migræne, psykomotorisk hyperaktivitet, svimmelhet, søvnløshet. Psykiske: Irritabilitet, nervøsitet, uro, søvnløshet, urolig drømmer. Øvrige: Vektøkning, Asteni, Sjeldne (<1/1000): Blod: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastrointestinale lidelser og ubehag, oppkast, urolig tarmrør, flatulens, hypersalivasjon, halitose. Hud: Eksem, erytem, kløende utslett, pruritus, tørr hud, neglesykdommer, nattesvette. Hørsel: Vertigo posturalis. Lever: Økt leverenzymnivå, urolig leverfunksjonstester. Muskel-skjelettsystemet: Muskelkramper, nakkesmerter. Metabolske: Hypertriglyseridemi. Neurologiske: Nedsatt hukommelse, oppmerksomhetsforstyrrelser, dårlig søvnkvalitet. Psykiske: Humørendringer, aggresjon, opphisselse, gråterokter, tidlig våkning om morgenen, økt libido. Sirkulatoriske: Hjerterokter. Syn: Redusert synsskarpheit, uklart syn, økt lakrimasjon, Urogenitale: Priapisme. Øvrige: Herpes zoster, tretthet.

Overdosering/forgiftning: Ingen rapporterte tilfeller. I litteraturen er det rapportert om administrering av daglige doser på opptil 300 mg melatonin uten at dette forårsaket signifikante bivirkninger. Symptomer: Tretthet forventes. Clearance av virkestoffet forventes innen 12 timer etter svelging. Behandling: Ingen spesiell behandling er nødvendig.

Egenskaper: Klassifisering: Hormon som produseres av pinealkjertelen og som strukturelt sett er relatert til serotonin. Melatonin er forbundet med kontroll av dagnytmene og tilpasning til lys-mørkesykklusen. Det er også forbundet med en hypnotisk effekt og økt tilbøyelighet for søvn. Virkningsmekanisme: Aktiviteten til melatonin ved MT1-, MT2- og MT3-reseptorene antas å bidra til de søvnfremmende egenskapene, da disse reseptorene (hovedsakelig MT1 og MT2) er involvert i reguleringen av dagnytmene og søvnregulering. Pga. den aldersrelaterte reduksjonen i endogen melatoninproduksjon, kan melatonin effektivt forbedre søvnkvaliteten, særlig hos pasienter >55 år med primær insomni. Melatonin forlenger innsovningstiden og bedrer søvnkvaliteten, våkenheten om morgenen, funksjonsevnen om dagen og livskvaliteten.

Søvnomsattningen og REM-søvnandelen påvirkes ikke. Absorpsjon: Fullstendig, kan reduseres med opptil 50% hos eldre. Biotilgjengeligheten er 15%. Signifikant «first pass»-metabolisme på 85%. Maks. plasmakonsentrasjon er 1176 pg/ml og oppnås innen 0,75 timer. Absorpsjon og maks. plasmakonsentrasjon påvirkes av samtidig matinntak (T_{1/2} = 3 timer og C_{max} = 1020 pg/ml). Proteinbinding: Ca. 60%. Fordeling: Bindeb hovedsakelig til albumin, alfa₁-syreglykoprotein og lipoproteiner med høy tetthet. Halveringstid: 3,5-4 timer. Metabolisme: I leveren via CYP1A1, CYP1A2 og muligens CYP2C19. Hovedmetabolitten, 6-sulfatoksymelatonin, er inaktiv. Utskillelse: 89% utskilles rennelt, som konjugater av 6-hydroksymelatonin. 2% utskilles i uforandret form.

Pakninger og priser (pr. 02.11.2007): Engros: 21 stk, 156,50 kr.

NYCOMED

Kan legeutdanningen bidra til økt interesse for allmennmedisin og økt rekruttering til distriktene?

Utposten presenterte i nr. 1/2008 artikkelen Primærhelsetjenesten som hovedarena for medisinstudiet. Denne omtalte en studietur til Northern Ontario School of Medicine i fjor høst og presenterte modeller for utdanning av leger med stor vekt på utplassering i distrikter og mindre lokalsamfunn, der integrering og forståelse for minoriteters kultur og helseforståelse er en viktig del. I lys av problemene med å rekruttere leger til små distriktskommuner, og utfordringene med å sikre stabiliteten i disse områdene fortsetter debatten om organiseringen av legeutdanningen. Plutselig dukker det opp nye argumenter. Studentene ønsker mer allmennmedisinbasert prak-

sis. Kan økt utplassering i allmennmedisin bedre den kliniske undervisningen ved at studentene flyttes ut fra overfylte universitetssykehus og ut i distriktene?

Utposten stilte en student, en turnuskandidat i distrikts-turnus, en ung kvinnelig fastlege i distrikt og to representanter fra universitetene følgende spørsmål:

1. Hva tror du skal til for å øke rekrutteringen til allmennmedisinen i distriktene?
2. Hvilken plass mener du allmennmedisinen bør ha i legeutdanningen og hvordan kan dette gjennomføres?

Studenten

Lars Henrik Marinero, Norsk medisinstudentforening, Oslo.



1: Systematisering av spesialistutdanningen i allmennmedisin og opprettelse av fastlønnede utdanningsstillinger i distriktene med god supervisjon og veiledning og bedre muligheter til forskning i distriktene, gjerne i kombinasjon med spesialisering, er det som skal til for å øke rekrutteringen til allmennmedisinen i distriktene.

2: Studentene bør eksponeres tidligere, og i større grad, for allmennmedisin. Mulige virkemidler på kort sikt er at allmennleger i større grad benyttes som forelesere, og at studentene kan hospitere hos universitetstilknyttede allmennleger slik vi i dag kan ved alle universitetstilknyttede sykehusavdelinger. Det viktigste er kanskje å arbeide for en holdningsendring blant dagens forelesere, som hovedsaklig er sykehusleger, slik at allmennmedisin og sykehusmedisin fremstilles faglig likestilt.

Turnuslegen

Eirik Hugaas
Ofstad, turnuslege i
Engavdgen, Meløy
kommune og
cand.med UiB 2006

1: For å øke rekrutteringen til allmennmedisinen generelt er eksponeringen for allmennmedisin i grunnutdanningen nødt til å bli større.

I løpet av seks år plasseres norske studenter i et allmennmedisinsk perspektiv i fire til åtte uker, avhengig av hvor de studerer, mens de resten av tiden er integrert i spesialisthelsetjenestens verden på universitetssykehusene. Medisinstudenter bør få mer allmennpraksis og utplasseres flere ganger i løpet av studiet.

2: Allmennmedisinsk tilnærming til det å bli lege mener jeg bør gjennomsyre hele grunnutdanningen og jeg tror at man i stedet for å begynne med en tung basalfaglig innfallsvinkel bør ha kasusbasert tilnærming til medisinske problemstillinger fra første år, begynne med de store, overfladiske linjene og fylle på suksessivt til man mot slutten behersker både kliniske og basalfaglige aspekter ved det friske mennesket og ved sykdomstilstander.



Fastlegen

Marianne Franing, fastlege Saltdalen



1: For å øke rekrutteringen til allmennpraksis i distriktene bør en øke fokus på allmennmedisin i grunnutdanningen og satse på interkommunal legevakt i distrikter med hyppige vakter. En bør være flinkere til å bruke media. Vi må få frem det viktige arbeidet vi gjør i allmennmedisin, slik at det blir mer status å velge denne retningen. Dersom det er ungdommer fra bygda som studerer medisin, kan en kanskje gi stipend, mot at de binder seg for arbeid en periode i kommunen etterpå. Dersom en først får dem til å komme, tror jeg sjansen er større for at de blir. Et godt samarbeid mellom distrikt og sykehus er viktig. Det må være mulighet for fast, god lønn, barnehageplass, bolig og jobb til partner. Godt utstyrte kontor med tilstrekkelig hjelpepersonell bedrer hverdagen. Mulighet for korte perioder med hospitering på sykehus uten tap av inntekt, kan gi faglig støtte der det er langt til nærmeste spesialist. Når kommunale helsetjenester er lokalisert i samme bygg som legetjenestene, blir det et større og bredere miljø som kan fremme noe av distriktenes fortrinn, små miljøer. Nedskrivning av studielån i de distriktene som sliter mest med å få leger, er et gammelt og godt tiltak. Dette burde ikke bare gjelde i Nord-Troms og Finmark som i dag. Staten bør også gå inn med større stimuleringsstiltak i forhold til å ta i mot studenter og turnusleger.

2: En større del av undervisningen bør etter min mening gjøres av allmennpraktikere. Dette bør være engasjerte og inspirerende allmennpraktikere som klarer å få frem hvor spennende og interessant allmennmedisin er! Det bør også være lengre praksis og hyppigere praksis hos allmennpraktikere. De distriktene som får dårlig evaluering etter turnustjeneste burde få hjelp til å forbedre sitt tilbud til turnuslegene eller bli byttet ut dersom mulig. De som opplever en dårlig turnustid i allmennpraksis, kommer neppe tilbake.

Professoren

Toralf Hasvold,
Professor dr. med.
ved Institutt for
samfunnsmedisin,
Universitetet i
Tromsø



1: Først, det er to overordnede problemstillinger knyttet til distriktsmedisin, rekruttering og stabilisering (holde på leger over tid). For å bedre rekrutteringen,

må grunnutdannelsen av legene være tilpasset til de faglige utfordringene de møter i distriktene. De må føle seg trygget på at de kan faget og kan beherske de utfordringene de møter.

Å jobbe i distrikt med lang transporttid til nærmeste sykehus, stiller spesielle krav til både kunnskaper og ferdigheter og til forståelsen av sin rolle både som profesjonell lege og som alminnelig samfunnsborger av et lite lokalmiljø.

Når disse grunnforutsetningene er på plass, må det gis status og gode økonomiske vilkår for å jobbe i distriktene. Kanskje burde det bygges inn økonomiske incentiver for spesielle «allmennmedisinske prosedyrer» i den faste listebetalingen (per hode honoraret), prosedyrer som man må utføre i distriktene, men som kan velges bort i byene og sykehusnær praksis.

Både nasjonalt og internasjonalt, svarer de som forlater distriktspraksis at en hovedgrunn er faglig isolasjon. Det må derfor etableres faglige nettverk, formelle eller uformelle. Legeforeningens smågrupper i «kollegabasert læring» er et godt eksempel.

2: Allmennmedisin i legeutdanningen må reflektere den plass allmennmedisin har i helsetjenesten, og den kommer til å bli enda viktigere i framtiden med økende andel eldre og kronikere. Det betyr at allmennmedisin må ha en større plass i legeutdanningen enn den har i dag. Akademiet mangler rekruttering til allmennmedisin. Undervisningen skal være forskningsbasert, men det er alt for få søknader med allmennmedisinsk identitet til doktorgradsprojekter. Men her kommer forskningsenhetene og Nasjonalt senter for distriktsmedisin inn og kan bidra til en bedring på lang sikt.

Dekanus

*Britt Ingrid Nesheim, Dekanus,
medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo*



1: Selv har jeg ingen erfaring med hverken allmennmedisin eller legepraksis i distriktene siden jeg var i turnus i distrikt, og har dermed aldri selv kjent problemene på kroppen. Tall fra Statistisk sentralbyrå tyder på at antall leger i kommunene er høyere i forhold til folketallet jo mindre sentral kommunen er. Jeg er derfor litt usikker på hvor problemene ligger. Det er mulig at fordi befolkningstettheten er lav i enkelte kommuner, blir det absolutte antall leger lite. Dermed blir det tette vakter og lange reiseavstander, liten kontakt med kolleger og lite stimulerende miljø. Det er ikke lett å se en god løsning, men en mulighet kunne være å innse at befolkningen måtte få (enda) lengre reisevei til lege, ved å samle legene i litt større sentre der det kan være flere kolleger, og ved å gjennomføre at stort sett er det pasienten som skal reise til legen, og ikke omvendt. Det er klart at dette på noen måter vil være et kvalitetstap, men er kanskje likevel en realistisk vei å gå.

2: Det er mange fag og mange aspekter som skal rommes i legeutdanningen for at den skal bli fullverdig. Vi skal utdanne leger til allmennmedisin, til spesialisert medisin og til medisinsk forskning. Noen skal bli helsebyråkrater. Alle delene er nødvendige. Det er viktig at studentene får en solid akademisk bakgrunn for livslang læring. De skal erverve de riktige kunnskaper, ferdigheter og holdninger som basis for å fylle legerollen uansett hvilken vei de velger etter endt studium. Allmennmedisin har – og bør ha – en forholdsvis stor plass i utdanningen ved alle de fire fakultetene. Det felles problemet er at utplassering i allmennpraksis er kostbart. Det skal betales reise og opphold for studenten og praksiskompensasjon til allmennpraktikeren. Med dagens budsjett-reduksjoner, der forskningsmidler fra universitetet allerede er skåret ned så de er nærmest ikke-eksisterende, er det et dilemma at deler av medisinerutdanningen har såpass høye kostnader.

C Ebixa "Lundbeck"

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

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g: 1 g inneholder: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, nersett vann. TABLETTER, filmdrasjerte 10 mg: Hver tablett inneholder: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delestrek. **INDIKASJONER:** Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSE:** Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandlingen skal bare igangsettes hvis en omsorgsperson er tilgjengelig og jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. Voksne/eldre: Maks. daglig dose er 20 mg. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg pr. uke i de første 3 ukene opp til vedlikeholdsdose på følgende måte: Behandlingen bør begynne med 5 mg daglig (en ½ tablett/10 dråper om morgenen) i den første uken, 10 mg daglig i den andre uken (en ½ tablett/10 dråper 2 ganger om dagen) og 15 mg daglig i den tredje uken (1 tablett/20 dråper om morgenen og en ½ tablett/10 dråper på ettermiddagen eller kvelden) anbefales. Fra den fjerde uken fortsettes behandlingen med en anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg daglig (1 tablett/20 dråper 2 ganger om dagen). Kan tas uavhengig av måltider. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance <40-60 ml/minutt/1,73 m²) anbefales maks. 10 mg. **KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet for memantin eller et eller flere av hjelpestoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi, som har hatt tidligere episoder med krampeanfalle eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksmetorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske endringer i kostholdet, f.eks. fra kosthold med kjøtt til vegetarisk kost, eller stort inntak av syreneutraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med Proteus bacteria) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Nedsatt nyrefunksjon: Ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50-80 ml/minutt) er det ikke nødvendig med dosejustering. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30-49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg. Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg/dag i.h.t. vanlig oppdoseringsplan. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 5-29 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg/dag. Nedsatt leverfunksjon: Ved mild eller moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad A eller Child-Pugh grad B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Det finnes ikke data om bruk av memantin hos pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon. Pasienter med anvenlig galaktoseintoleranse, laktasemangel eller glukose-galaktose-malabsorpsjon bør ikke bruke tablettene. Pasienter med fruktose-intoleranse bør ikke bruke dråpene. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsettes enten til å kjøre motorfartøyet og betjene maskiner. I tillegg kan memantin endre reaksjonsevnen, slik at pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorfartøyet eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER:** Effektene av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytika stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksmetorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokinamid, kinin og nikotin inneholder en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydrokortisonid eller kombinasjonspreparater med hydrokortisonid er mulig. Enkeltilfeller av økt INR ved samtidig behandling med warfarin er sett. Nye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMNING:** Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk under amning er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skilles ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på høy lipofilitet stoffet, er antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme. **BIVIRKNINGER:** Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine og sømnlens. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gange. Sirkulatoriske: Venetrombose/tromboembolisme. Øvrige: Tretthet, søvnforstyrrelser, krampeanfalle er rapportert svært sjeldent. Enkeltilfeller av psykiske reaksjoner og pankreatitt er rapportert. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord og er også rapportert hos pasienter som er behandlet med memantin. **OVERDOSERING/FORGIFTNING:** Symptomer: Hiv. 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med enten bare tretthet, svakhet og/eller diaré eller ingen symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, søvnighet, sømnlens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller mave-tarmsvært (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbelttryk og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmafese, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampeanfalle, sømnlens, stupor og bevisløshet. Pasienten ble restituert. Behandling: Symptomatisk. **EGENSKAPER:** Klassifisering: Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. Virkningsmekanisme: Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverring. Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. Absorpsjon: Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. T_{max} oppnås etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakonsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. Proteinbinding: Ca. 45%. Fordeling: Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. Halveringstid: Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t_{1/2} på 60-100 timer. Total clearance (Cl_{tot}) 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. Metabolisme: Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. Utskillelse: Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, og mer enn 99% utskilles renal. **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.

Sist endret: 29.10.2007

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 XX

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

Korrupsjon er misbruk av makt

AV EDVIN SCHEI

Mange av Utpostens lesere vil huske den røde helsides annonsen i Dagbladet i 2004, under overskriften *Leger mot økt kommersialisering og korrupsjon*, betalt av 250 leger som med sine underskrifter vedkjente seg bekymring over snusk i og rundt faget (teksten finnes på www.leger-mot-korrupsjon.net). Andre kan sikkert huske at legemiddelfirmaene overøste oss med oppmerksomhet og pizza de siste månedene av studietiden, og hvordan vi nøt den plutselige og uvanlige følelsen av å være betydningsfulle. Og alle som leser dette har industriens kulepenner, klistrelapper, gratisbøker, rekesmørbrød og sponsete utenlandsreiser temmelig tett innpå seg. Har så dette noe med korrupsjon å gjøre? I en serie åpne møter om «medisin og rettferdighet» inviterte Filosofisk poliklinikk i februar til debatt om medisin og korrupsjon. Vi inviterte Jan Borgen fra Transparency International til å tenke over spørsmålet med oss. Borgen er jurist med menneskerettsspørsmål som spesialitet. Han var generalsekretær i Amnesty International før han gikk inn i Transparency International (TI), en nonprofit-organisasjon med korrupsjonsbekjemping som formål.

Ved å samle og analysere eksempler på korrupsjon destillerer TI ut prinsipper for å forstå og begrense maktmisbruk i privat og offentlig sektor. Arbeidet fremmes gjennom kontakt med myndigheter, bedrifter, presse og profesjoner. TI finansieres gjennom støttemedlemskap, og Borgen nevnte at både Ullevål universitetssykehus og legemiddelselskapet Pfizer er blant medlemmene: «Selvsagt innebærer dette at noen kan smykke seg med vårt navn, og kanskje sminke en grumsete virkelighet. Det kan vi ikke beskytte oss mot. Men vi vil heller ha det slik og unngå å være betalt av en spesiell aktør, staten for eksempel. Vi praktiserer selvsagt full åpenhet om hvem vi mottar penger fra, listene ligger på nettet.»

Hva er «korrupsjon»?

Korrupsjon dreier seg alltid om skjult avhengighet, sier Borgen. Lovens definisjon er forankret i uttrykket «utilbørlig fordel». Det handler sjelden om direkte bestikkelser, men svært ofte om nettverk. Sjelden om lovbrudd, ofte om uetisk utnyttelse av posisjoner i jobben – offentlig og privat.



Edvin Schei

født 1957, førsteamanuensis ved seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen. Han er også fastlege halve uken. Han har interesse for medisinsk filosofi, og særlig i lege-pasient kommunikasjon og utdanning av medisinsk personell. Han er gift og har tre barn.

Det er ikke slik at alt som er lovlig er bra. I den uetiske gråsonen er vi avhengige av at vi passer på hverandre – og oss selv.

Vi liker å tro at dette er et lite problem i Norge, og at vi er ærligere enn mange andre. Det er ikke helt riktig, dessverre. Også hos oss er det tydelig at offentlig sektor er overdrevent privatisert. Den som kjenner de rette personene kan høste stillingshjerner, forskningsmidler, tillatelser, private frynsegoder. Vi ser stadig at organisasjoner, kommuner og bedrifter er dominert av små miljøer hvor folk er knyttet sammen gjennom kjennskap, vennskap og gjensidige tjenester. Skandalene i Forsvaret knyttet til million-sponsing fra leverandører av militært utstyr er en god illustrasjon, med paralleller til helsevesenet. Også i medisinen er det noen som tar kostbare beslutninger på vegne av andre; om medikamentbruk typisk, mens staten, altså fellesskapet, må punge ut.

Ved å smøre beslutningstakerne – legene – med fordeler som relativt sett koster småpenger, kan industrien sikre seg enorm fortjeneste, mens de som betaler over skatteseddelen er uvitende om det hele. Og alt skjer i godhetens navn – «vi vil bare at pasientene skal få det beste tilbudet» er gjennomgangsmelodien. Hykleriet er ikke nødvendigvis utenpå-klistret, mennesker har lett for å finne kognitive vinklinger som rettferdiggjør egne handlinger. Slik bygges en psykologisk mur av selvbedrag rundt tvilsomme handlinger og holdninger. Det norske samfunnet er lite innstilt på å avsløre hverdagskorrupsjonen. Vi orker ikke ubehaget – og kanskje sitter hver enkelt av oss ørlite i glasshus? Det er sjelden noen blir avslørt eller alvorlig kritisert.

Forhold som fremmer korrupsjon

Borgen peker på strukturelle forhold som har vist seg å fremme korrupte forhold. Lukkede styringsmiljøer blir lett usunne, mens åpenhet og kontrollmuligheter i beslutningsprosesser beskytter mot maktmisbruk. Har helse reformen skapt mer åpenhet i det norske helsevesenet, eller flere lukkede rom, spør Borgen, uten å få klare svar. Han peker på at rollebytter hvor sentrale maktpersoner går fra offentlige stillinger til industrien, uten noen form for karantene, er svært uheldige. Det skjedde da helseminister Høybråten's politiske rådgiver Pål Roland tok jobben som ny administrerende direktør i Legemiddelindustriforeningen (LMI). Andre forhold som driver frem korrupsjon er bruken av vide fullmakter («skriv resept på den medisin du måtte foretrekke»), delegering av ansvar nedover i organisasjoner («hver lege sin regel»), og uklare ansvarsforhold. Når dette kombineres med dårlig internkontroll skjer det lett utglidninger. I Norge ser man en utbredt naivitet, samt manglende kunnskap om lovverket mot korrupsjon.

Betenkelige forhold i helsevesenet

Men helsevesenet er vel tross alt ikke så ille? Nå har jo Legeforeningen strammet inn reglene. Man reiser ikke så mye på smøretur til eksotiske byer, og legemiddelrepresentantene er da stort sett fordrevet fra videreutdanningskursene, iallfall i allmennmedisinen?

Borgen understreker at han ikke har spesialkunnskap om forholdene i medisin og helsevesen. Allikevel er det en del åpenbare problemer, synlige for hvem som helst. Det største er at global korrupsjon undergraver mulighetene for å få gode medikamenter (AIDS, vaksiner) og livreddende infrastruktur (vann, kloakk) frem til dem som trenger det mest. Korrupte holdninger sørger også aktivt for å hemme utviklingen av nye og billigere medikamenter for de fattigste.

I vårt land er samrøret mellom LMI, leger, pasientorganisasjoner og offentlige beslutningstakere et betent felt. Pasientene er det svakeste ledd, de mangler mulighet for å se maktmenneskene i kortene, men ender opp med å betale regningen. Leger – og pasientorganisasjoner – er ofte villige mellommenn i spennet mellom pasient og stat, mens industrien stikker av med profitten. Borgen mener at det norske helsevesenet er lite transparent, og beslutninger vanskelige å kontrollere (se eksemplet om kreftmedisin i forrige Utposten). Utgiftene er sannsynligvis kunstig høye.

I spesialistmedisinen er store deler av legers videre- og etterutdannelse under privat kontroll, ved at spesialistkurs langt på vei betales av legemiddelpenger – psykiatrien er et greit eksempel. Dette skaper lojalitets- og avhengighetsforhold som er svært uheldige. Kontroll og siling av industriens påstander og dokumentasjon er fraværende eller for dårlig. Vi har sett at produktinformasjonen som tilbys norske leger er mangelfull eller villedende i over halvparten av tilfellene (Tidsskriftet 2006; 126:1314–7). Et tilgrensende problem er at universitetenes forskningsprofiler delvis bestemmes av bevilgninger fra LMI, slik at forskning som ikke før eller senere kan føre til medikamentbruk blir underprioritert. Borgen nevner at så mange som 90 prosent av norske leger møter LMI regelmessig, i sammenhenger som er ment å skape nærhet og goodwill for industrien. Det er dessverre ingen stor overdrivelse å hevde at mange norske leger befinner seg i lomma på legemiddelindustrien, ifølge Jan Borgen.

Heldigvis er slett ikke alle leger sløve. Det skjer en økende bevisstgjøring, fremhevet Borgen under det åpne møtet. Fra salen ble det trukket frem eksempler på at spesialforeninger under legeforeningen har kuttet gylne bånd til industrien, uten å merke mindre interesse for sine tilstelninger, slik Barnelegeforeningen i Rogaland har gjort. Borgen trakk frem den røde antikorrupsjonsannonse fra 2002 som et lyspunkt. «Leger må innse at de har stor makt, stor påvirkningsmulighet, og stor økonomisk betydning gjennom å legitimere omfattende valg og handlinger. Legene må ta i bruk sin autonomi og pusse støvet av sin etiske yrkesbevissthet. Alle vil tape på at legene mister sin troverdighet i samfunnet.»

PÅ NETTET: www.transparency.no

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
Edvin.Schei
@isf.uib.no

Dette er en kommentar til lederen i Utposten nr 6/2007. NNT er ofte vanskelig å regne ut og her har vi alle fått en presisering i forhold til det regnestykket som stod i lederen. Vi takker Berit Damtjernhaug fra mammografiprogrammet i krefregisteret for korreksjonen.

Redaktør,

I Utposten nr. 6/2007 hadde jeg en artikkel om det offentlige Mammografiprogrammet med blant annet tall for forventet effekt av programmet på brystkreftdødelighet. I artikkelen illustrerer jeg hva en forventet reduksjon i brystkreftdødelighet betyr i form av antall kvinner som må inviteres til programmet for at én kvinne skal reddes. Dette blir 431 kvinner ved 20 prosent reduksjon (Cochrane-rapporten) og 345 kvinner ved 25 prosent reduksjon (WHO/IARC).

I en kommentar på lederplass brukes disse tallene til videre illustrasjon. Dessverre er denne feilaktig. I Mammografi-programmet inviteres kvinner i alderen 50–69 år hvert annet år til undersøkelse. Det betyr at kvinnene tilbys ti undersøkelser i løpet av en 20-års periode. Dermed blir det feil når det i lederen står: «... finner vi 400 damer i 20 år gir ca. 8000 damer (pasientår) som må delta i programmet for å oppnå effekt hos den ene».

Det korrekte antallet invitasjoner til programmet blir halvdelen så stort: Effekten av programmet må måles per invitasjon eller per kvinne som inviteres. Med andre ord: Ett dødsfall forhindres ved 400 invitasjoner, eller ett dødsfall forhindres ved å invitere 400 kvinner. Når det i lederen skrives «7999 personer har med andre ord ingen reell glede av tiltaket de er med på» er det både feil og misvisende. Det riktige vil være 399 kvinner. Hvis man da kan si at den eneste «gleden» ved å delta er å unngå å dø.

Et annet problem ved redaktørens tallbehandling er at han bruker tall for «Number needed to invite» direkte fra Cochrane-rapporten. Disse tallene er funnet i en befolkning med langt lavere brystkreftdødelighet enn den aktuelle norske befolkning og må justeres for å være gyldige i den hjemlige debatt.

Redaktøren etterlyser også tall for forventet gjestående levetid for den ene som reddes. Hvis vi legger gjennomsnittsdødeligheten for norske kvinner i 1991–95 til grunn, så er denne 22 år.

Jeg tror disse tallene er interessante for leserne av Utposten. Med vennlig hilsen
Berit Damtjernhaug
MAIL: Berit.Damtjernhaug@krefregisteret.no



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Referanse:

L. K. Anderson et al. Levonorgestrel-releasing and copper-releasing IUD (Nova T) during five years of use. A randomized comparative study. *Contraception* 1994;49:56-72

C Mirena Bayer Schering Pharma Oy Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G02B A03

INTRAUTERIN INNLÉGG 20 µg/24 timer. Hvert intra-uterint innlegg inneholder: Levonorgestrel 52 mg, jernoksid (E 172), hjelpestoffer.

Indikasjoner: Antikonsepsjon. Idiopatisk menoragi. Beskyttelse mot endometriehyperplasi under substitusjonsbehandling med østrogen.

Dosering: Settes inn innen 7 dager etter påbegynt menstruasjon. Bytte til nytt innlegg kan gjøres under hele syklus. Kan også innsettes i forbindelse med abortingrep i 1. trimester. Etter fadul ventet minst 6 uker før innsettning. Dersom preparatet brukes til beskyttelse av endometriet under substitusjonsbehandling med østrogen, kan innsettning skje når som helst hos kvinner med blødningsfri, i andre tilfeller i løpet av de siste dagene av menstruasjonen eller bortfalsblødningen. Livmorinnlegget skal fjernes/utbyttes etter 5 år.

Kontraindikasjoner: Kjent eller mistenkt graviditet. Nåværende eller tilbakevendende bekkeninfeksjon. Infeksjon i nedre urinveier. Postpartum endometritt. Septisk abort i løpet av 3 siste månedene. Cervicitt. Cervikal dysplasi. Cancer i uterus eller cervix. Udiagnostisert unormal uterin blødning. Medfødt eller ervervet uterin anomal, inkl. myomer dersom de påvirker livmorhulen. Tiltander som øker infeksjonsfaren. Akutt leversykdom eller levertransplant. Overfølsomhet for noen av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler: Før innsettning foretas en generell og gynecologisk undersøkelse inkl. mamma-undersøkelse, cervixstryk samt grundig familianamnese. Graviditet, seksuell overfølsom sykdommer og genital infeksjon må utelukkes. Ny legekontroll bør skje 4-12 uker etter innsettning, og deretter 1 gang hvert år. Kan nedsette glukosetoleransen og diabetikere bør stå under legekontroll. Livmorinnlegget må fjernes ved tilbakevendende endometritt eller underlivsinfeksjoner eller dersom en akutt infeksjon er alvorlig eller ikke lar seg behandle innen få dager. Livmorinnlegget bør vurderes tatt ut eller brukes med forsiktighet, hvis en eller flere av følgende tilstander foreligger eller oppstår for første gang. Migræne, lokal migræne med asymmetrisk synstap og andre symptomer som tyder på forbigående cerebrale iskemi, svært alvorlig hodepine, gulsott, markert blodtrykkstigning, paresti eller mistenkt hormonuavhengig neoplas, inkl. brystkreft, alvorlig hjerte-kar sykdom, som slag eller myokardinfarkt. Mirena kan brukes med forsiktighet ved medfødt hjerte sykdom eller hjerte-kar sykdom med risiko for infeksjon endokarditt. Antibiotikaprofylakse bør gis til disse pasientene når innlegget settes inn eller fjernes. Innlegget må også fjernes dersom livmorveggen perforeres (f.eks. ved innsettning). Menstruasjonsforstyrrelser som oligomenoré og amenoré bør utredes. Spesielt viktig er det å være klar over at blødningsforstyrrelser, særlig ved samtidige endovomerter, kan bety ekstrauterin graviditet. Ved ev. graviditet skal livmorinnlegget fjernes umiddelbart. Livmorinnlegget kan stå ut uten at kvinnen merker det. Symptomer på delvis eller fullstendig utstøtning kan være økt blødning eller smerte. Delvis utstøtning reduserer den antikonsepsjonelle effekten.

Interaksjoner: Metabolismen av progestagener kan øke ved samtidig bruk av enzyminduserende legemidler, slik som krampebedøvende midler (fenobarbital, fenytoin, karbamazepin) og antiepileptika (fenitoin, rifampin, nevirapin, efavirenz). Innvirkningen på den antikonsepsjonelle effekten av Mirena er uklart, men er sannsynligvis av liten betydning pga. livmorinnleggets hovedsakelige lokale virkning.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Livmorinnlegget skal ikke brukes ved kjent eller mistenkt graviditet. Innlegget bør tas ut ved graviditet, ettersom intrauterint antikonsepsjonsmiddel som blir sittende in situ øker risikoen for spontanabort eller prematur fødsel. Uttak av innlegget eller sonering av livmoren kan resultere i spontanabort. Dersom kvinnen ønsker å fortsette graviditeten og innlegget ikke kan tas ut, bør hun informeres om risikoene og ev. konsekvenser for barnet i tilfelle prematur fødsel. En slik graviditet må følges nøye opp. Ektopisk graviditet bør utelukkes. Alle symptomer på komplikasjoner i graviditeten må rapporteres, f.eks. krampe og smerte i abdomen med feber. Pga. lokal hormonbehandling, kan teratogenitet (spesielt virkning) ikke utelukkes helt. Klinisk erfaring er begrenset. Ingen tegn på fosterkadet, som anses å ha sammenheng med Mirena, er hittil registrert i de tilfeller graviditeten er fullført med livmorinnlegget på plass. Overgang i morsmelk: Levonorgestrel går over, men risiko for påvirkning av barnet synes uansynlig med den dosen som frigis fra livmorinnlegget.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Endokrine: Ødem. Gastrointestinale: Buksmerter, underlivsmerter, kvalme. Hud: Akne. Sentralnervesystemet: Hodepine, nedstemthet, humørforandringer, nervøsitet. Urogenitale: Blødningsforstyrrelser, reversible ovarialcyster, dysmenoré, vaginal utflod, cervicitt. Øvrige: Vektøkning, brystspenninger, mastalgia, ryggsmertor, utstøtning. Mindre hyppige: Hud: Hirsutisme, hårrfall, kløe. Urogenitale: Infeksjoner i underlivet. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Oppblåsthet. Hud: Utslett, urticaria, eksem. Sentralnervesystemet: Migræne, redusert libido. Øvrige: Perforasjon av livmoren.

Egenskaper: Klassifisering: Intrauterint innlegg som frigir levonorgestrel med en jevn hastighet direkte til uterus. Består av et polyetylen-skjell med en hormonkjerne bestående av en blanding av polydimetylsiloksan og levonorgestrel rundt den vertikale amen. Hormonkjernen er dekket med en polydimetylsiloksanmembran som regulerer frigivelsen av levonorgestrel. Livmorinnlegget skjelett er impregneret med bariumsulfat for å gjøre den synlig ved røntgen. God antikonsepsjonell sikkerhet. Total graviditetsfrekvens: 0,16 pr. 100 kvinner. Ektopiske graviditeter er anslått til 0,06 pr. 100 kvinner. Virkningsmekanisme: Frigir gjennomsnittlig 14 µg pr. døgn over en periode på 5 år. Initiativ frigjøres ca. 20 µg pr. døgn. Hovedsakelig lokale gestagene effekter i livmorhulen. De høye levonorgestrelkonsentrasjonene i endometriet hemmer den endometriets syntesen av østrogen- og gestagensreseptorer. Dette minsker endometriets følsomhet for sirkulerende østadiol, og en uttalt antiproliferativ effekt kan sees. Morfologiske forandringer i endometriet og svak lokal reaksjon på fremmedlegemet er observert. Fortytning av slimhinnen hindrer spermene i å passere gjennom cervikalkanalen. Det lokale miljøet i livmor og eggledere hemmer spermatozoer og -funksjonen og forhindrer befruktning. Ovariasjonen hemmes hos en del kvinner. Ved hormonell substitusjonsbehandling brukes innlegget i kombinasjon med orale eller transdermale østrogenpreparater uten gestagener. Absorpsjon: Stabile plasmakonsentrasjoner på 0,4–0,6 nmol/liter hos kvinner i fertil alder og ca. 1 nmol/liter hos kvinner som står på østrogenbehandling, oppnås etter de første ukene etter innsettning. Metabolisme: I leveren.

Utskillelse: Via urin og feces.

Pakninger og priser: 1 stk. kr 1205,90.

Sist endret: 05.11.2007

Bayer Schering Pharma

Drammensveien 147 B, 0212 Oslo, Tel: 24 11 18 00, Fax: 24 11 19 93

Prosjekt klamydiatesting

*på Helsestasjon for ungdom i Østre Toten kommune i 2006.
En liten undersøkelse i en allmennlegehverdag.*

AV KARIN FRYDENBERG

Offensiv testing av unge for klamydiainfeksjon er viktig for å bremse utbredelse av sykdom.

Alle som kommer til Helsestasjon for ungdom bør tilbys testing.

Østre Toten kommune er en av flatbygdene vest for Mjøsa i Oppland fylke. Det er en jordbrukskommune og har vel 14 000 innbyggere. Helsestasjon for ungdom (HFU) er på Lena, et av tettstedene i kommunen, og har åpent hver torsdag fra 15–17. Der ligger også videregående skole, landbruksskole og folkehøyskole.

Denne undersøkelsen var et samarbeid mellom helseøstrene Kari Ludt Ouren, Anne-Grete Engtrø, Guro Grindvold Jensen ved HFU og undertegnede. Jeg var lege der fra oppstarten i 2000 til mars 2007.

Vi ønsket å gjøre en undersøkelse av forekomsten av klamydiainfeksjon ved å undersøke alle som møtte på HFU i Østre Toten kommune, i løpet av en periode på ni måneder i 2006. Bakgrunnen var at klamydiainfeksjoner er økende (se figur og tabell), og vi mente også å ha merket en økende forekomst på Østre Toten. Forekomsten er forskjellig i forskjellige grupper i befolkningen. Det er kjent at den er høyest hos unge under 25 år (se tabell 2). Vi hadde en hypotese om at det i den gruppen unge som oppsøker HFU, ville ligge høyere enn i den generelle ungdomsgruppen.

På HFU har vi fokus på smitteforebygging. Klamydiainfeksjoner gir ofte lite symptomer og mange går derfor med infeksjon lenge før det oppdages. De fleste som kommer til oss er seksuelt aktive ungdommer som kommer pga prevensjonsønske, ofte med relativt tidlig seksuell debut. Vi deler ut gratis kondomer og informerer om seksuelt overførbare sykdommer. Vi antok at det å teste alle som kommer, vil kunne ha et forebyggende aspekt siden vi fokuserer på den reelle mulighet for å bli smittet. Samtidig kan de som er smittet få behandling og oppfølging.

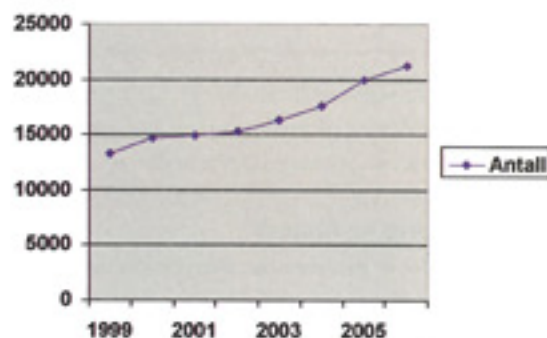
Insidens av klamydia genitalis i Norge

(tall fra Folkehelseinstituttets(FHI) nettsider)

Forekomsten av klamydia genitalis gikk ned på 1980-tallet, holdt seg relativt stabil på 90-tallet og har siden vært jevnt stigende. Fra 2005 mottok MSIS også informasjon om kjønn, fødselsår, bostedskommune og dato for hvert diagnostiserte tilfelle. Ut fra det kan vi trekke ut aldersfordelte tall på forekomst.

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
13255	14631	14901	15261	16356	17558	19973	21259

TABELL 1: Genital klamydiainfeksjon meldt MSIS 1999–2006 etter diagnoseår



FIGUR 1: Genital klamydiainfeksjon meldt MSIS 1999–2006 etter diagnoseår

Aldersgruppe	Antall 2005	Antall 2006
<1–9	–	–
10–19	4512	5675
20–29	11 218	12 326
30–39	2 427	2 540
40–49	540	549
50–59	129	127
60–69	36	34
70–79	5	4
80–90+	–	–

TABELL 2: Genital klamydiainfeksjon meldt MSIS 2005 og 2006 etter aldersgruppe



ILLUSTRASJONSFOTO: OSCAR WILLIAMS

Nordiske befolkningsbaserte studier av klamydiainfeksjon har funnet prevalens på mellom en og åtte prosent. Forekomsten er størst i ungdomsgruppen under 25 år.

Gjennomføring og metode

Vår undersøkelse er gjennomført uten ekstra ressurser, i en alminnelig hverdag på Helsestasjon for ungdom. Utgiftene ved urinprøveundersøkelsen er dekket gjennom laboratoriet som ved annen systematisert screening, og var klarlagt med laboratoriet på forhånd.

Den er gjennomført ved personlig spørsmål om deltakelse fra helsesøster og lege. Urinprøver er tatt på stedet og sendt til det lokale mikrobiologiske laboratorium for PCR-analyse. Resultatene er ført manuelt inn i papirskjema og telt opp ved slutten av prosjektet.

I perioden mars til desember 2006 inviterte vi alle ungdommer som kom til HFU med seksualitetsrelaterte problemer, til å være med i undersøkelsen. Andre grunner for å oppsøke HFU kan være forskjellige grader av psykiske problemer, trivselsproblemer, familiære problemer, spiseforstyrrelser, selvskading, men også spørsmål om fysisk

sykdom som hodepine eller utmattethet. De som sa seg villige, skrev under på frivillighet. De leverte inn urinprøve som så ble sendt inn for undersøkelse på klamydia genitalis. Vi registrerte kjønn, prevensjonsbruk, symptomer og egen-vurdert risiko for smitte. Resultatene ble ført fortløpende inn i tabell manuelt på papir og anonymisert. I denne tiden var totalt 182 ungdommer på HFU, noen av dem flere ganger. Aldersspredningen var 13–19 år.

Alle som kom på grunn av seksualitet eller prevensjon, ble invitert til å være med i undersøkelsen. Hver person ble bare inkludert én gang, selv om de var der flere ganger.

Testmetoden var PCR på klamydia genitalis i urin. Den er vist å være like god som undersøkelse i sekret fra portio/vulva/uretra, og vi ville unngå å skremme noen fra å teste seg med gynekologisk undersøkelse eller prøvetaking fra uretra (1).

Vi ønsket å se på prevalensen av klamydia genitalis blant ungdommer som oppsøker HFU. Vi ønsket også å se på i hvilken grad symptomer eller mistanke er prediktive faktorer. Vi ville også se om det var kjønnsforskjeller og om prevensjonsbruk kunne si noe om risiko. De som ble testet positivt ble fulgt med behandling og smitteoppsporing på vanlig måte.

Oppsummering av resultatene

Det var 182 henvendelser til HFU i perioden 23. mars 2006 – 14. desember 2006. Vel ti prosent kom av andre årsaker enn seksualitet og prevensjon. Da står vi igjen med 162 henvendelser som kunne inkluderes, men en del var på HFU flere ganger i perioden. Vi har beregnet antall spurte til 121. 82 deltok, dvs at ca ¾ av de spurte deltok.

Av de 82 personer som deltok, hadde tre mangelfullt merket prøve, en manglet svar, og hos en var det for lite urin. Det betyr at 77 sto igjen til sammenliknende vurdering av resultater: 70 jenter og 7 gutter.

Antall positive klamydiatester var 10 av 77. Det er 13 prosent av dem som ville være med på undersøkelsen. Av tabell 3 kan vi lese at «symptomer», «mistenkt smitte» eller begge sammen, alle gir høy risiko for klamydiainfeksjon, hhv 45,41 og 50 prosent. «Mistenkt smitte» kunne være: mange partnere, hørt gjennom tredjeperson at tidligere partner har hatt klamydia, partner har kanskje eller har påvist infeksjon. Sistnevnte skal ha behandling uavhengig av testresultat.

19 av 77 har ikke brukt prevensjon. 21 prosent av disse var smittet. Vi skilte ikke mellom p-piller og kondom. Som på andre HFU, er det få gutter som møter, 7 av 77.

	Alle	Gutter	Jenter	Symptomer	Mistenkt smitte	Symp.+ mistanke	Ikke symp. /mistanke	Ikke brukt prevensjon
Alle	77	7	70	8	17	6	58	19
Klamydia positiv	10	2	8	4	7	3	2	4
%	13	30	11	45	41	50	3	21

TABELL 3: Resultatene fra vår undersøkelse.

Diskusjon

Helsestasjon for ungdom er et gratis lavterskeltilbud til unge under 20 år. Det hevdes at mange unge synes det er vanskelig å gå til fastlegen med prevensjonsønske eller spørsmål rundt kjønnssykdommer. På Lena bor en del unge langt fra fastlege og sitt kjente helsetilbud, fordi de går på internatskole. For dem er HFU et nærliggende alternativ for å ta opp prevensjon og mistanke om eller testing på kjønnssykdommer.

Prosjektet er gjennomført i vanlig arbeidstid uten at vi hadde ekstra tid eller personellressurser, og har noen mangler som vi så i ettertid. Bl.a. var det vanskelig å få alle aktører til å gjøre registreringene på samme måte siden vi var fem til seks forskjellige personer og ikke alle var tilstrekkelig informert om undersøkelsen. Det førte spesielt til mangelfull registrering av de som ikke ville delta. Vi har derfor beregnet totalt antall spurte. Noen av dem som ikke ville være med, begrunnet det med at de visste at de ikke var smittet. Det er derfor mulig at antall smittede er lavere blant dem som ikke ville delta.

Vi har vist at mange av dem som kommer til HFU har klamydiainfeksjon, 13 prosent av dem som var med i vår undersøkelse. Prevalensen i ungdomsgruppen er tidligere vist å variere mellom en til åtte prosent i tall fra FHI, men også opp i 10–11 prosent hos tenåringsjenter (2) Vi finner et enda høyere tall, og det kan indikere at prevalensen i den utvalgte gruppen som oppsøker HFU er større enn ungdomsgruppen generelt. Flere artikler i Tidlf i nr 16/2007 som viser forskjeller i prevalens (3).

Symptomer og mistanke gir høy risiko, men likeså det å ikke ha brukt prevensjon eller kanskje det å være gutt som kommer på HFU. Få gutter kommer til HFU. En av årsakene er nok at HFU fungerer som en viktig kilde til å få prevensjon, og det er mest aktuelt for jentene. Våre tall er små, men kan likevel være en pekepinn om å være spesielt oppmerksom på mulig smitte hos gutter. Vi skilte ikke mellom p-piller og kondom, men ser i ettertid at det kunne vært spesielt interessant.

I den gruppen som verken har mistanke om smitte eller symptomer, er det mye færre positive prøver, tre prosent. Likevel indikerer det at villscreening på HFU kan forsvares.

Konklusjon

Undersøkelsen viser at offensiv testing av unge på klamydiainfeksjon er viktig for å oppdage infeksjon og behandle sykdom. Denne undersøkelsen indikerer at man bør gå aktivt ut å anbefale klamydiatesting til alle som kommer til HFU.

Litteratur

1. Bakken H, Bratt F, Skjeldestad S, Nordbø, Påvisning av Chlamydia trachomatis i urin-, vulva- og cervixprøver, Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125:1629–30
2. Bakken IJ, Nordbø SA, Skjeldestad FE. Prøvetakingsmønster og prevalens av klamydiainfeksjon blant kvinner, Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1631–3.
3. Kløvstad, Smittet med Chlamydia, men uten å vite det, leder i Tidsskr Nor Lægeforen nr 16, 2007; 127:2076

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



7. – 11. april 2008

Tidenes allmennlegetreff i Molde!

AV KARIN FRYDENBERG

Grunnkurs B og årsmøtekurs, «Alvorlige symptomer – beskjedne funn», ble arrangert sammen med avholdelse av årsmøte i Norsk forening for allmennmedisin, NFA og landsrådsmøte i Allmennlegeforeningen AF.

Det største oppmøte noen gang? Både på årsmøte og landsrådsmøte var det nærmere 150 tilstede. De siste årene har det vært 30–50 personer. Hva har skjedd? Er det Molde som trekker, eller temaene, eller er det fusjonen mellom NSAM og Aplf's Fagutvalg? Har en bilagt strid og en samlet allmennlegeledelse gjort at mange flere har fått interesse for fag og fagforening? For en som har vært med i prosessen i en del år, synes det i alle fall som mange positive krefter nå er frisert i allmennlegemiljøet.

Livlige, konstruktive diskusjoner og begeistrede tilrop til ledere av fag og fagforening, en mye bredere representasjon og mange unge leger tilstede gir håp for allmennmedisinen i fremtiden.

Både NFA og AF vedtok enstemmig resolusjoner mot Helsedirektoratets forslag til tre år plikttjeneste etter medisinsk embetseksamen. Det er samtidig unison enighet om viktigheten av å beholde dagens turnustjeneste som en del av utdanningen, slik at alle leger får den kjennskapen til allmennmedisin.

Det skal arbeides med å bedre inngangsmulighetene i allmennmedisin, ved å utarbeide retningslinjer for utdanningsstillinger og utdanningsløp.

Arbeidet med prosjekt allmennmedisin mot 2020 er i gang med fire arbeidsgrupper:

1. Faget med beskrivelse av fagets innhold, kunnskaps- og forskningsbehov
2. Kvalitet i allmennlegetjenesten,
3. Grunn-, videre- og etterutdanning
4. Allmennmedisinsk fagledelse og samhandling, grensesnitt mot samarbeidspartnere.

Neste år blir det samling i Bergen. Håper vi sees der!





SELEXID®

pivmecillinam



Preparatvalg ved empirisk behandling av urinveisinfeksjoner (UVI)...

	Preparater anbefalt til empirisk behandling i:				
	allmennpraksis ¹			sykehus ^{2,3}	
	% resistente <i>E. coli</i> *	nedre UVI	øvre UVI	nedre UVI	øvre UVI
Selexid®	1,4	+	+	+	+
Nitrofurantoin	1,3	+		+	
Ciprofloxacin	2,2				+
Trim-sulfa	16,9		(+)	(+)	(+)
Trimetoprim	18,5	(+)		(+)	
Ampicillin/amoksisillin	31,2	(+)	(+)		

*: isolat fra urin

(+): Flere studier har vist at dersom resistensnivået mot et antibiotikum i et område er over 10-20%, medfører dette en øket forekomst av feilslag når medikamentet blir brukt til empirisk behandling av ukomplisert UVI⁷.

Ref:

1. Smittevernsloven, Håndbok. Antibiotika i allmennpraksis, Statens helsetilsyn, Oslo 1999; 45-55. <http://www.helsetilsynet.no>
2. Smittevernsloven, Håndbok. Bruk av antibiotika i sykehus, Statens helsetilsyn, Oslo 2001; 48. <http://www.helsetilsynet.no>
3. Veiledning i bruk av antibiotika i sykehus, Helse Vest, Bergen 2005; 11-13. <http://antibiotika.helse.no>
4. NOR-MINOR-IVET 2006. Usage of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in Norway Tromsø/Oslo 2007; 53.
5. Raz R, Chazan B, Kennes Y et al. Empiric use of trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX) in the treatment of women with uncomplicated urinary tract infections in a geographical area with high prevalence of TMP-SMX-resistant uropathogens. Clin Infect Dis 2002; 34: 1165-9.
6. Gupta K, Stamm WE. Outcomes associated with trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX) therapy in TMP-SMX resistant community-acquired UTI. Int J Antimicrob Agents 2002; 19: 554-6.
7. Grude N, Tveten Y, Jenkins A, Kristiansen B-E. Uncomplicated urinary tract infections. Bacterial findings and efficacy of antibacterial treatment. Scand J Prim Health Care 2005; 23: 115-9.

C Selexid "LEO" Amidopenicillin.

PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 400 mg: Hvert sett inneholder: 1 Hesteglass: Mecillinam 400 mg. 1b Hesteglass: Sterilt vann 6 ml. **J01CA11. TABLETTER, filmdrasjerte 200 mg:** Hver tablett inneholder: Pivmecillinamklorid 200 mg, hjelpestoffer: J01CA08. **Indikasjoner:** Urinveisinfeksjoner forårsaket av mecillinamfølsomme mikroorganismer. **Dosering:** Peroralt: Tablettene tas med rikelig drikke. **Voksne:** Normaldose: 1-2 tabletter (200-400 mg) 3 ganger daglig uavhengig av infeksjonens alvorlighetsgrad. Akutt ukomplisert cystitt: 1-2 tabletter (200-400 mg) 3 ganger daglig. For ikke-gravide kvinner vil ofte 3 dagers behandling, såkalt korttidsbehandling, være tilstrekkelig. Gravide kvinner bør, uavhengig av preparat, behandles lenger. Pasienten bør etterkontrolleres med hensyn til bakterieart. **Barn:** Normaldose: 20 mg/kg/døgn fordelt på 3 doser. Over 20 kg: 1 tablett (200 mg) 3 ganger daglig. Ved alvorlige infeksjoner kan dobbel dose, eller inntil 60 mg/kg/døgn, brukes. **Barn:** 20-40 mg/kg/døgn fordelt på 3-4 doser. Til intramuskulær injeksjon: Pulveret (400 mg) oppløses i 2 ml sterilt vann umiddelbart for bruk. Til intravenøs injeksjon: Pulveret (400 mg) oppløses i 4 ml sterilt vann umiddelbart for bruk. Oppløsningen er svakt sur. Til infusjon: Den oppløste injeksjonsvæsken tilføres 50-100 ml fysiologisk saltvann. Infunderes i.v. ("slow-drip") i løpet av 15-30 minutter. Ingen dosereduksjon ved kombinasjonsbehandling. **Kontraindikasjoner:** Penicillinallergi og type I reaksjoner overfor cefalosporiner. Osofagusstriktur (tablettene). Pivmecillinam (tablettene) er kontraindisert hos pasienter med genetiske metabolske anomalier av typen organiske acider som metylmalonsyreacidemi, propionysyreacidemi o.l. **Forsiktighetsregler:** Det foreligger en viss risiko for karnisminangel ved bruk av pivmecillinam. Preparatet brukes med forsiktighet og doseres etter kroppsvekt hos barn og underernærte, f.eks. pasienter med lav muskelmasse. Gjennomsnittlig behandlingstid (7-10 dager) bør ikke gå med mindre enn en til to måneders intervall. Langvarig behandling (to måneder eller lengre) hos eldre friske vil gi en reduksjon av karnisinnivået til ca. 40 % av det normale. Dette er nær nivået hvor mangelsymptomer og bivirkninger kan oppstå, og bør derfor unngås. Bør ikke kombineres med valproatbehandling. **Interaksjoner:** Samtidig inntak av probenecid hemmer den renale utskillelsen av mecillinam. (I J01C beta-laktamantibiotika, midler, penicilliner). **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta. Det er ikke rapportert om skadelige effekter på foster eller nyfødte barn etter behandling. Det bør allikevel utvises forsiktighet med å behandle gravide i et lengre tidrom (mer enn 2 uker). Det foreligger en risiko for å påvirke fostrets karnisinnivå ved at morens karnisinnivå senkes som følge av behandling med pivmecillinam (tablettene). Overgang i morsmelk: Preparatet går i liten grad over i morsmelk. Det er lite sannsynlig at barn som ammes kan få skadelige effekter, selv om risiko for påvirkning av tarm- og munnflora hos barnet ikke kan utelukkes. Små mengder av virkestoffet i morsmelken kan gi økt risiko for sensibilisering. **Bivirkninger:** Injeksjonsreaksjoner: Sjeldne (<1/1000). Hud: Allergiske reaksjoner: Tablettene: Høyppe (>1/1000). Gastrointestinale: Kvalme, brøking, diaré. Mindre høyppe: Hud: Eksantem. Sjeldne (<1/1000). Gastrointestinale: Osofagitt og osofagusstriktur. Hud: Allergiske hudreaksjoner. Øvrige: Muskelkramper p.g.a. karnisinnangel. **Egenskaper:** Klassifisering: Mecillinam er et smalt spektrert amidopenicillin med spesielt høy aktivitet mot Gram-negative bakterier tilhørende Enterobacteriaceae; som *E. coli*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterobacter*, *Salmonella*, *Shigella* og *Yersinia*. Esteren pivmecillinam virker som "pro-drug", er trykkestabil og absorberes godt gastrointestinalt. Den hydrolyseres raskt til aktiv mecillinam. Relativt stabil overfor penicillinase fra Gram-negative staver. Ikke kryssresistent med andre antibiotika, unntatt ved meget kraftig penicillinproduksjon. Forholdvis lav aktivitet overfor Gram-positive kokker og *H. influenzae*. Også *Staphylococcus saprophyticus* kan påvirkes av de høye konsentrasjoner av mecillinam som oppnås i urinen. Enterokokker og *Pseudomonas* er resistente. Virkingsmekanisme: Bactericid. Hemmer cellevegg syntese, angreppspunktet er forskjellig fra andre penicilliner. Synergistisk effekt oppnås derfor ved kombinasjon med andre penicilliner eller cefalosporiner. Absorpsjon: Pivmecillinam absorberes godt peroralt, uavhengig av samtidig fødeinntak. 200 mg pivmecillinam peroralt gir maksimal serumkonsentrasjon på ca. 3,5 (g/l) etter ca. 1 time. 400 mg mecillinam som i.v. injeksjon gir maksimal serumkonsentrasjon på ca. 15 (g/l). Proteinbinding: 5-10 %. Fordeling: Spesielt høye konsentrasjoner i urin og galle. Halveringstid: Ca. 70 minutter. Metabolisme: 8-23 % av gitt dose kan påvises som metabolitter. Utskillelse: Hovedsakelig via nyrene, ca. 50 % i løpet av 6 timer. Forsikret ved redusert nyrefunksjon. **Oppbevaring og holdbarhet:** Bruksferdig injeksjonsvæske er holdbar i 6 timer ved høyt 25°C eller i 24 timer i kjøleskap. Bruksferdig injeksjonsvæske bør brukes umiddelbart. **Andre opplysninger:** Mecillinam finnes ved dalyse. Injeksjonsløsningen bør ikke tilsettes andre farmaka og bør ikke blandes med andre injeksjonsvæsker. **Pakninger og priser:** Injeksjonsvæske: 10 sett kr 812,10. Tabletter: 100 stk. kr 484,90. Enpak: 20 stk. kr 119,60, 30 stk. kr 165,90. T: 19611, 38611, 01.11.2007.



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®

© LEO januar 2008
All LEO Trademarks mentioned belong to the LEO Group.

Grafisk utforming: Malvik Grafisk AS 71207

Bedre samarbeid og bedre epikriser i Vesterålen

AV ASTRID HOLM

Å få til et godt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er en viktig og utfordrende oppgave for å skape en bedre helsetjeneste for pasientene. Ulike tradisjoner og geografiske forskjeller gjør at lokale samarbeidsformer utvikler seg. I Vesterålen har en samarbeidsgruppe med leger fra både sykehus og kommunene vist seg å være nyttig.

Vesterålen er regionen lengst nord i Nordland fylke, den består av fem kommuner, Andøy, Sortland, Øksnes, Bø og Hadsel og har omtrent 30 000 innbyggere. Lokalsykehuset ligger i Hadsel kommune, på Stokmarknes. Navnet er Nordlandssykehuset Vesterålen. Der befinner også den interkommunale legevakten seg. I underkant av 30 leger fra alle fem kommunene deler på vaktene sammen med sykepleier fra sykehuset.



Astrid Holm

41 år. Har studert i Tromsø, ferdig 1993, sykehusjobber i Harstad og på Stokmarknes. Spesialist allmennmedisin 2001, driver egen tre-lege-praksis på Sortland. Trives med naturen, folket, mann og barn i Vesterålen.

I 2002 ble det etter ønske fra lokalsykehuset startet en samarbeidsgruppe mellom leger fra lokalsykehuset og primærhelsetjenesten. Det ble sendt ut invitasjon til hver kommune om en av legene i kommunen kunne stille i en slik gruppe. Etter en del diskusjon fram og tilbake ble det første møtet avholdt 9. april 2002. Gruppen bestod av oversykepleier fra kirurgisk avdeling, kirurgisk avdelingsoverlege, medisinske avdelingsoverlege samt en kommunelege I, en fast ansatt kommunelege II og en fastlege i privat allmennpraksis.

Nordlandssykehuset i Vesterålen i vinterskrud.





Morgenlys over Vesterålen.

Hensikten med møtene var å bedre kommunikasjonen mellom sykehus og primærhelsetjeneste for om mulig å oppnå et mer effektivt og bedre samarbeid. De arbeidsområder vi valgte å konsentrere oss om var:

- Iverksette systemer for effektiv moderne kommunikasjon.
- Maler for epikriser og henvisninger.
- System for timebestilling hos fastlege til pasienter som utskrives fra sykehuset.
- Utveksling av informasjon.
- En møteplass for å bli bedre kjent med hverandre.
- Arrangere ett årlig faglig kurs i regionen.

I løpet av 2002 og 2003 hadde vi tre møter og arrangerte i september det første **Vesterålsskuret**, ett dagskurs med faglig innhold, godkjent av Legeforeningen som tellende til seks kurstimer for spesialiteten allmennmedisin.

Vi fikk også satt i verk ett system for å bedre kommunikasjonen med utveksling av mailadresser, telefonnummer og system for bestilling av timer hos fastlege etter utskriving fra sykehuset.

Sykehuset startet også med å sende ut «nyhets-info» til primærlegene. Den inneholder et par sider tre-fire ganger i året hvor sykehuset informerer om hvilke leger som er på sykehuset, hva de kan tilby av tjenester for tiden og ventetider. Dette har vært ett svært nyttig arbeidsredskap for oss i primærhelsetjenesten. Brevet kommer på mail.

Etter ca ett og ett halvt års drift ble det en pause i samarbeidsgruppen. Årsaken var nok at vi som primærleger ikke hadde greid å stille med deltakere. Vi kom i gang igjen høsten 2005, da hadde sykehuset ansatt en sykepleier i 20 prosent stilling som skulle være en koordinator for samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjenesten. Hun var en pådriver for videre møter og har vært nødvendig for å holde gruppen i drift.

I 2005 bestemte vi oss for å jobbe med et «epikriseprojekt». Mange av primærlegene var misfornøyd med epikrisene. Vi trengte å snakke sammen om hva vi epikrisene skulle innholde. Vi utarbeidet en mal for hva vi mente epikrisene skulle inneholde. Noen hovedpunkter var at informasjonen i epikrisen skulle være lettere tilgjengelig, epikriseskriverne

skulle unngå for lange og «klipp-og-lim-fra-journalen»-epikriser, det skulle framgå hvem som hadde ansvar for eventuell oppfølging etter utskrivelsen, og dersom det var gjort endringer i medisinerings skulle årsaken omtales.

Etter en tid gjorde vi en undersøkelse for å finne ut om epikrisene var blitt bedre. To av primærlegene i samarbeidsgruppen samlet inn til sammen 146 epikriser fra medisinsk og kirurgisk avdeling. Vi registrerte på egne skjema følgende opplysninger:

- Ble epikrisen mottatt innen syv dager etter utskrivelsen?
- Inneholder epikrisen relevante opplysninger om sosialmedisinske forhold, tidligere sykdommer, aktuell sykehistorie, funn ved inntak og initiale tiltak?
- Inneholder epikrisen relevante opplysninger om supplerende undersøkelser (lab, røntgen, andre)?
- Inneholder epikrisen relevante opplysninger om forløpet og de vurderinger som ble foretatt under innleggelsen og ved utskrivelsen?
- Framgår det tydelig av epikrisen hvem som har ansvaret for videre oppfølging av pasienten?
- Framgår det av epikrisen hvem som er pasientansvarlig lege?

Materialet ble bearbeidet av avdelingsoverlegen på medisinsk avdeling og resultatet ble vist fram på Vesterålskursen høsten 2006. Resultatene har gitt godt grunnlag for videre arbeid og videre diskusjon om utforming av epikriser slik at både sykehusleger og primærleger blir mest mulig fornøyd.

Samarbeidsgruppen har tilsammen arrangert fire Vesterålskurs, siste nå i november 2007. Kursets innhold har vært faglige foredrag både fra sykehusleger og primærleger, vi har også hatt sykehistorier hvor både sykehuslege og primærlege har snakket om samme kasus sett fra begge sider av helsetjenesten. Dette har vært svært spennende foredrag som vi alle har lært mye av. Kursene har blitt høyt prioritert. Mange allmennlegekontorer har kun holdt oppe for øyeblikkelig hjelp for at flest mulig leger har kunnet delta. Slik har at det også har blitt en arena for å bli kjent med kollegaer. Under siste kurs var også lokalavisen på besøk under deler av kurset. Referat og bilder kom i avisen noen dager senere.

I løpet av de fem årene vi har hatt samarbeidsgruppen, har vi oppnådd flere av de mål vi satte oss i begynnelsen. Vegen har også blitt til undervegs. Akkurat nå jobber vi med et **henvisningsprosjekt**, der vi ser på kvaliteten på henvisningene fra primærlegene i regionen. Dette arbeidet skal gi grunnlag for et nytt tema på neste Vesterålskurs.

Samarbeidsgruppen har klart bidratt til å sette samhandling mellom sykehusleger og primærleger i vårt distrikt ut i praksis, både ved å bedre rammene for det formelle samarbeidet, men også fordi vi har fått en arena der vi blir bedre kjent med hverandre. Vi har planer om å fortsette dette samarbeidet og får stadig innspill fra leger om emner som vi bør ta opp.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
astrid.bertinussen.holm@sondre-frydenlund.nhn.no

UTPOSTEN *blad for allmenn- og samfunnsmedisin*

Sjøbergvn. 32 – 2050 Jessheim

TLF.: 63 97 32 22 – FAX 63 97 16 25 – E-POST: rmrtove@online.no

Unn deg et eget eksemplar av UTPOSTEN

Det koster kr. 450,- pr år!

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn

Adresse

Poststed



Samhandling i fødselshjelp og kvinnesjukdommar

Olav Rutle sitt 6. Minnesymposium

Kurs no B-23079. Dato: 21.08–22.08.2008

GODKJENNINGER: Allmennmedisin Videreutdanning:
EMNEKURS: 17t i fagområde gynekologi/obstetikk
ETTERUTDANNING: Klinisk emnekurs: 17t i fagområde gynekologi/obstetikk. Fødselshjelp og kvinnesykdommer
VIDEREUTDANNING: Valgfrie kurs: 17t
ETTERUTDANNING: Valgfrie kurs: 17t. Medisinsk biokjemi
VIDEREUTDANNING: Valgfrie kurs: 10t.
ETTERUTDANNING: Valgfrie kurs.

MÅLGRUPPE: Leger i spesialisering og spesialistar i allmennmedisin og i fødselshjelp og kvinnesjukdommar. Jordmødre.

LÆRINGSMÅL: Formidle kunnskap som skal sikre god og effektiv pasienthandsaming. Fokus på målretta pasientflyt i alle helsetenestestadia. Etter kurset skal deltakarane ha lært samarbeid/samhandling om tilstander/sjukdomstilfelle i fødselshjelp og kvinnesjukdommar som grunnlag for effektive og oppdaterte pasienttiltak.



21. august 10.00–18.00.

Svangerskap og fødselshjelp.

Infeksjonar i graviditet og ved fødsel.

Fokus på bakterieinfeksjonar

- Informasjon – profylakse.
- Diagnostikk
- Terapi – kontrollar

Dei eldste – og dei yngste foreldrepara.

Fokus på gamle og unge foreldre.

- Kvar går aldersgrensa?
- Rådgiving før graviditet/ved tidleg graviditet
- Oppfølging – kontrollar
- Fødselsførebuing – fødsel

Fødselstermin.

- Grunnlag for terminato.
- Oppdatert informasjon

Kasuistikkar/gruppediskusjon/paneldebatt

22 august 08.30–16.15 **Kvinnesjukdommar**

Infertile par. Møte med allmenlege, spesialist og superspesialist

- Definisjon – diagnostikk
- Målretta utgreiing og informasjon
- Bioteknologilova og infertilitet
- Terapitilbod

Seksuallivet. Lyst og ulyst

- Kva er normalt – normalvariasjonar.
- Kvar kan kvinna/para søkje hjelp?
- Kva hjelp finst?

Nasjonal handlingsplan for gynekologisk kreft.

Oppdatering med fokus på:

- Cervixcytologi – HPVundersøking og kreftvaksine
 - Kontroll av ferdigbehandla kreftpasientar
 - Lindrande behandling/omsorg – palliativ team
- Kasuistikkar/gruppediskusjon/paneldebatt

KURSKOMITE: Jostein Tjugum, Førde sentralsjukehus, Kvinne-klinikken, 6807 Førde. Johan Nyhammer, kommunelegekontoret, 6980 Askvoll. Tom Guldhav, Førde sentralsjukehus, Kirurgisk avdeling, 6807 Førde.

KURSTED: Norsk Bremuseum, Fjærland

PÅMELDING TIL: Kontor for legers videre- og etterutdanning (Bergen), Universitetet i Bergen – Det medisinske fakultet, Postboks 7800, 5020 Bergen.

PÅMELDING E-POST: kurs.bergen@legeforeningen.no

PÅMELDINGSFRIST: 08. juni 2008

ANTALL DELTAKERE: 35

ANTALL KURSTIMER: 17

KURSPRIS LEGER: 1800. **KURSPRIS IKKE LEGER:** 3600

KURSPRIS LEGER EIN DAG: 1400. **KURSPRIS IKKE LEGER EIN DAG:** 2800

ANDRE OPPLYSNINGER: Kurset er vidareføring av tidlegare arrangerte Olav Rutle sine Minnesymposia.

Samhandling!

SOSIALT SAMVÆR:

21.08 Middag Hotel Mundal

22.08 Besøk Den norske bokbyen

23.08 Fottur Lunde – Fjærland. Ein familietur for dei som er i bra form. 8 timar over fjell og bre. 1400 m høgdeskilnad

OVERNATTING: (ordne sjølv)

Hotel Mundal, 6848 Fjærland

TEL.: 57 69 31 01 FAKS: 57 69 31 79

E-POST: post@hotelmundal.no

Fjærland Fjordstue Hotell, 6848 Fjærland

post@fjaerland.no TEL.: 57 69 32 00 FAKS: 57 69 31 61

Bøyum Camping, 6848 Fjærland

TEL.: 57 69 32 52 FAKS: 57 69 29 57 E-POST: kfodne@frisurf.no

For påmelding til fjelltur 23.08, betaling av middag Hotel Mundal 22.08, betaling frukt/drikke + lunsj begge dagar og for anna informasjon kontakt:

RMR

Sjøbergv.32,

2050 Jessheim

TEL.: 63 97 32 22

FAKS 63 97 16 25

E-POST: rmrtove@online.no

Lyrikk

En Lyrisk stafett

I denne lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydd noe for dem, enten i arbeidet eller i livet ellers. Den som skriver får i oppdrag å utfordre en etterfølger. Slik kan mange kolleger få anledning til å ytre seg i lyrikkpaltten. Velkommen og lykke til!

Tove Rutle – lagleder

Stor takk til Elisabeth Juvkam for utfordringen!
Å få stafettspinnen fra henne var en ekstra glede til dette ærefulle oppdrag!

Det måtte komme... valgets kval!
Måtte jeg velge et av mine to absolutte favorittdikt, som i fragmenter og små setninger dukker opp daglig, det være seg i samtaler med pasienter, venner eller når jeg er alene.

Umulig... det måtte bli begge!

På en merkelig måte henger de sammen.

Det ene minner meg om å ta vare på det livet jeg har fått, uansett hvor lenge det skal vare, på godt og på vondt. Verdsatte det jeg har... ikke bli grådig. Tåle motgang.

En av de siste visene Evert Taube skrev, oversatt og gjendiktet av vår egen Erik Bye, som på en forunderlig måte med sin diktning makter å bringe alt inn i et rikere perspektiv, og oss nærmere oss selv. Erik Bye drømte om det egentlige livet. Han gjorde oss oppmerksom på hildringstimen, den korte stunden mellom natt og dag, timen da lyset forvandler livet og verden rundt oss og vi ser alt med et nytt blikk.

«Så lenge skuta kan gå» – mest kjent som en sjømannsvals. For meg en real og saftig «livsvals».

Det andre diktet «Du skal være tro» av Andre Bjerke har hjulpet meg til å erkjenne at jeg i mitt eget liv først og fremst har store plikter overfor meg selv som menneske, hvis jeg skal i det hele tatt skal makte å være noe for andre mennesker.

Andre Bjerke sa selv at diktning ikke må bli som en delikatesse ved siden av kulturlivet, men inngå i selve vår måte å erkjenne på.

Takk til Evert Taube, Erik Bye og Andre Bjerke... og her er de:

Så lenge skuta kan gå

Så lenge skuta kan gå, så lenge hjertet kan slå,
så lenge solen den glitrer på bølgen den blå,
så ta imot her og nå for neste dag kan bli grå,
og det finns mange som aldri et lysstrei kan få.

Og hvem har sagt deg at du kom til verden
for å få lykke og solskinn på ferden.
At du til sjøs og til lands skal gå i stjernenes glans
og ta et kyss eller to i en yrende dans.

Ja hvem har sagt deg at du skal ha hørsel og syn
og at livet skal holde hva det lover,
og hvem har sagt at det beste som står på menyen,
skal bli ditt til seilassen er over.

Ja lytt til stemplenes gang, og selv om vakta blir lang,
så husk at snart klemter klokka for deg ding, ding, dang.
Så lenge skuta kan gå, så lenge hjertet kan slå,
så lenge solen den glitrer på bølgen den blå.

Så ta med glede din tårn om du lider,
snart skal du hvile til evige tider.
Men det får gå som det vil, vær bare glad du er til,
og ta et krus og en vals under latter og spill.

Ja, det er sannelig flaks at du lever min venn,
og har noen som venter innpå stranden.
Og skulle hyra ta slutt, stikk til sjøs om igjen,
med karibisk passatvind om pannen.

Klare jobben med glans, når med latter til lands,
tar et kyss eller to i en yrende dans.
Så lenge skuta kan gå, så lenge hjertet kan slå,
så lenge solen den gliter på bølgen den blå.

Du skal være tro

Du skal være tro.

Men ikke mot noe menneske
som i gold grådighet
henger ved dine hender.

Ikke mot noe ideal
som svulmer i store bokstaver
uten å røre ved ditt hjerte.

Ikke mot noe bud
som gjør deg til en utlending
i ditt eget legeme.

Ikke mot noen drøm
du selv ikke har drømt....

Når var du tro?

Var du tro
når du knelte i skyggen
av andres avgudsbilder?

Var du tro
når din handling overdøvet
lyden av ditt eget hjerteslag?

Var du tro
når du ikke bedrog
den du ikke elsket?

Var du tro
når din feighet forkledde seg
og kalte seg samvittighet?

Nei.

Men når det som rørte ved deg
gav tone.

Når din egen puls
gav rytme til handling.
Når du var ett med det
som sitret i deg.

da var du tro!

Min utfordring går til en
kjær kollega på Stabekk i Bærum:
Pål Myhre, som jeg har delt
mange musikkopplevelser med
og som har ropet at han er glad i
lyrikk, og i forbindelse med sin
50-års feiring ønsket et dikt i gave
fra hver av sine venner, dikt som
ble samlet i egen perm til glede for
senere.....noe å tenke på?

Mariann Mathiesen

Strukturert møteserie

Samhandling er tidens store fyndord i helsevesenet. Mange strukturelle initiativ er tatt for å bedre samhandlingen mellom nivåene i helsevesenet. Praksiskonsulentordningen er et av dem. Jeg har i mitt arbeid som praksiskonsulent ved Gjøvik sykehus sett at en av mine viktigste oppgaver, er å bedre kommunikasjonen mellom fastlegene og sykehuslegene, både den direkte og den indirekte gjennom informasjonen i henvisninger og epikriser. Vi må kunne nå hverandre på telefon for raskt å kunne avklare problemer rundt den enkelte pasient, og vi må få møteplasser for å øke forståelsen for hverandres arbeidssituasjon og finne løsninger på eventuelle problemer og forskjellig virkelighetsforståelse.

Men hvordan finne møteplasser som vi prioriterer foran alle andre tilbud og krav? Vi har prøvd det før i forskjellige varianter, og det har vært vanskelig å få det til å fenge.

For å skape møteplasser har vi i Vest Oppland latt oss inspirere av en ide til en ny type struktur på møteserie.

Allmennleger i lokal kurskomité og praksiskonsulent ved sykehuset, har dannet en gruppe som vil arrangere fire møter i året på forskjellige sykehusavdelinger. To av oss står ansvarlige for hvert møte. Da blir det lite arbeid på hver.

Hvert møte blir arrangert i samarbeid med avdelingsledelsen på den respektive avdeling på kveldstid 3 klokke-timer, dvs fire undervisningstimer. Det er noen suksessfaktorer som er viktige:

- De to allmennlegene sender ut invitasjon (med hjelp fra foretakets sekretariat som legger det ved annen utsending)
- De to allmennlegene leder møtet
- De to allmennlegene blir enig med avdelingsledelsen om faglig tema for møtet

– Fastlegene får tellende timer til spesialiteten i allmennmedisin for strukturert møteserie.

I første del av møtet presenterer avdelingen seg, avdelingsledelsen sørger for at flere av legene ved avdelingen er tilstede og aktuelle samarbeidstemaer diskuteres. I siste del legger avdelingen frem et faglig tema, gjerne et som kan ha et samarbeidsaspekt ved seg.

Slik så den første kvelden på SI Gjøvik ut: 29 allmennleger og syv overleger og assistentleger fra avdelingen møttes:

Torsdag 31. jan. 2008, kl. 18.00–21.00

Kort presentasjon av alle tilstedeværende

- Kort praksispresentasjon av et legesenter, maks ti min.
- Presentasjon av medisinsk avdeling: tall, aktiviteter, fagområder, med fokus samhandling, problemer?, ventetid, epikrisetid, diskusjon med salen.
- 1/2 times pause m kaffe/te + rundstykker
- Faglig tema fra avdelingen:
 - Marevanbehandling, indikasjon, bivirkning og interaksjon
 - Praksiskonsulent: Samarbeid ved utskrivning av pasienter på Marevanbehandling
- Diskusjon

I begeistring over et vellykket møte anbefaler jeg dette videre!

Karin Frydenberg



Gjøvik med Mjøsa mot Hedmark.



PRODUSENTUAVHENGIG LEGEMIDDELINFORMASJON

Nord-Norge
Tlf. 77 64 58 90

Øst
Tlf. 23 01 64 11

Sør
Tlf. 23 07 53 80

Midt-Norge
Tlf. 73 55 01 60

Vest
Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

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

Behandling av kronisk D-vitaminmangel

Spørsmål til RELIS

Kvinne av utenlandsk opprinnelse har fått påvist svært lavt D-vitaminnivå (12 nmol/L 25-OH-D-vitamin). Utredning forøvrig viser normal kalsium, fosfat og PTH. Hun har mye muskelsmerter, som kan være følge av langvarig D-vitaminmangel.

Hun har fått behandling med Etalpa® (alfakalsidol) tablett 1 mcg/dag, men har hatt minimal effekt etter tre mnd bruk. Hva er anbefalt tilskudd av D-vitamin hos en slik pasient, og ev. hvilke alternative preparater finnes?

Vitamin D er en samlebetegnelse for kalsiferol/ergokalsiferol (vitamin D2) og kolekalsiferol (vitamin D3). De finnes naturlig og er ekvipotente. Både vitamin D2 og D3 må aktiveres i både lever og nyre til aktiv metabolitt, kalsitriol (1).

Ifølge Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL) kommer man i de aller fleste tilfellene til målet med peroral behandling med D-vitamin 20 mcg/dag (800 IE/dag) og ev. kalsium (2).

Pasienten har til nå brukt Etalpa® (alfakalsidol) 1 mcg/dag uten å komme i mål. Alfakalsidol er en potent D3-vitaminanalog, som ikke trenger å aktiveres via nyrene. Alfakalsidol kan brukes dersom pasienten har nedsatt nyrefunksjon, men er ikke førstevalg ved D-vitaminmangel og bruk i slike tilfeller vil være utenfor godkjent indikasjon (3). På apoteket kan man få kjøpt rene D-vitaminprodukter i egnet dose f.eks. Nycoplus® D-vitamin 10 mcg (kolekalsiferol) eller Nycoplus® D-vitamin dråper (20 mcg dekkes av 10 dråper, ergokalsiferol) (4). Disse regnes som kosttilskudd og er derfor ikke å finne i Felleskatalogen. Dersom høydose er nødvendig bør AFI-D2 forte (ergokalsiferol 0,75 mg, tilsvarer 30 000 IE) benyttes.

De norske anbefalingene samsvarer med de som gis i den britiske legemiddelhåndboken, British National Formulary (5). Men her presiseres det at vitamin D-mangel som er forårsaket av intestinal malabsorpsjon eller kronisk leversvikt vanligvis krever høyere doser, som 40 000 IE (1 mg) oralt daglig. WHO anbefaler imidlertid oralt inntak av opptil 50 000 IE (1,25 mg) daglig i en begrenset periode hos voksne med D-vitaminmangel. Hvilken grad av mangel de tenker på eller behandlingsvarighet er ikke oppgitt (6). En annen kilde anbefaler et tilskudd av vitamin D på 50 000 IE daglig i ti dager eller én gang i uken i 8 uker. Når vitamin D-nivået er normalisert, er det ofte nødvendig med daglig inntak på 600–1000 IE. Halveringstiden til vitamin D er ca 1 mnd., derfor vil det ta minimum en til fire mnd. med terapi før ny likevekt er oppnådd (7).

I helt spesielle tilfeller, f.eks. ved mistanke om malabsorpsjon eller dårlig compliance, kan det være aktuelt å starte med intramuskulær injeksjon

med D-vitamin 100000 IE fra tre til seks ganger med én ukes intervall avhengig av alvorlighetsgrad. Samtidig påbegynnes peroral behandling med D-vitamin 20 mcg/daglig (800 IE/dag) og evt. kalsium (8). Det finnes ikke vitamin D-preparater til i.m. injeksjon med markedsføringstillatelse i Norge. I Danmark finnes f.eks. preparatet Kalciferol «SAD» (ergokalsiferol 100000 IE/ml) registrert for i.m. injeksjon (9). Dette kan forhåndsspederes av apotek, men det må sendes inn søknadsskjema om spesielt godkjenningssfritak til Statens legemiddelverk.

Kalsiumnivået bør måles ukentlig ved bruk av høye doser vitamin D (5). Ved i.m. injeksjon anbefales det i tillegg hyppig kontroll av serum-fosfat og -kreatinin (9). Pasienten bør gjøres oppmerksom på hyperkalsemisyntomer og instrueres om å ta kontakt med lege for kontroll av serum-kalsium hvis slike symptomer opptrer. 25-OH-D-vitamin bør kontrolleres med tre mnd intervall, senere ved seks og tolv mnd intervall (8).

Konklusjon

De aller fleste pasientene med D-vitaminmangel kommer til målet med peroral behandling med D-vitamin 20 mcg/dag (800 IE/dag) (Nycoplus® D-vitamin 10 mcg eller Nycoplus® D-vitamin dråper). Dersom høydose er nødvendig, kan AFI-D2 forte® benyttes. I helt spesielle tilfeller, f.eks. ved mistanke om malabsorpsjon eller dårlig compliance, kan det være aktuelt å starte med intramuskulær injeksjon med D-vitamin. Kalsiumnivået bør måles ukentlig ved bruk av høye doser vitamin D.

Referanser

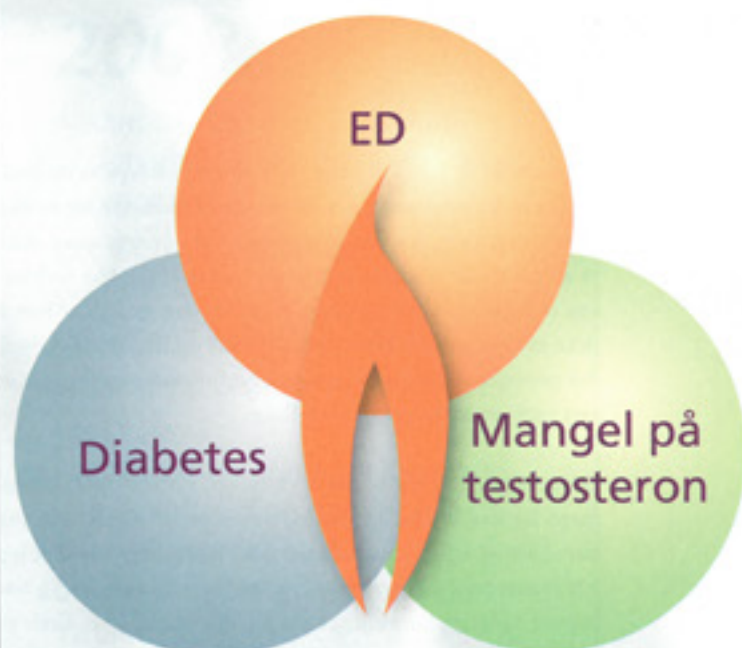
1. Herfindal ET, Gourley DR, editors. Textbook of therapeutics: drug and disease management 2000; 7th ed.: 180.
2. Norsk elektronisk legehåndbok. <http://www.legehåndboka.no/> (07.03.2008).
3. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Etalpa. <http://www.legemiddelverket.no/preparatomtaler> (Sist endret: 18.10.2006).
4. <http://www.nycomed.no/no/Menu/Produkter/Produkter1/> (07.03.2008)
5. Joint Formulary Committee. British National Formulary. 54 ed. London: British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain; 2007.
6. Mehta DK, Ryan RSM, Hogerzeil HV, editors. WHO Model Formulary 2004; 420.
7. DiPiro JT et al, editors. Pharmacotherapy. A Pathophysiologic Approach 2005; 6th ed.: 1657.
8. Jacobsen AT, Moskilde L. D-vitamin-mangel hos etniske minoriteter. Ugeskr Læger 2005; 167(1): 33-34.
9. Medicin.dk (Danmark). Kalciferol «SAD»®. <http://www.medicin.dk> (3. april 2008)

Cecilie Sogn Nergård,
cand.pharm., dr.scient., RELIS Øst



LEVITRA®
(VARDENAFIL HCl)

For mannens helse



- Erektile dysfunksjon (ED) er ofte markør for annen sykdom¹
- LEVITRA - dokumentert effekt hos menn med diabetes²
- LEVITRA virker på 10 minutter for noen menn og innen 25 minutter for de fleste³



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

En blodprøve til besvær



Det hender av og til at det er en ørliten diskrepans mellom hvilke prøver pasientene mine mener er indiserte, og hvilke prøver jeg mener er det. Som oftest blir vi enige om å ikke ta absolutt alle tilgjengelige prøver etter at jeg har forklart om usikkerhet i prøvene, og at det av den grunn er lurt å ikke ta flere prøver enn vi må. Men av og til må jeg utdype det poenget ved å bruke, om enn en forenklet og anonymisert versjon, av følgende fortelling:

Dette hendte da jeg bodde i Vanylven i Møre og Romsdal mens jeg hadde distrikturnus i nabokommunen Sande. Jeg har så lenge jeg kan huske i perioder vært plaget med at jeg lett begynner å blø neseblod, og hadde en stund veldig lett begynt å blø fra tannkjøttet når jeg pusset tennene. Etter et tilfelle der det spontant begynte å sive blø fra tannkjøttet, fant jeg ut at, jo, det var greit å utrede dette noe. Jeg kontaktet en av overlegene ved indremedisinsk avdeling på Fylkessykehuset i Molde, som jeg hadde lært å sette stor pris på da jeg hadde turnus på sykehuset. Han ga som alltid kloke råd da han foreslo hvilke prøver jeg burde ta for å utrede blødningene. Noen av disse måtte imidlertid tas på sykehuset i Volda, da sendeprovne fra kontoret jeg jobbet på ikke ville rekke frem i tide.

Jeg tenkte at det ikke var noen grunn til å stresse med utredningen, så turen inn til sykehuset i Volda ble lagt til samme dag som jeg hadde tenkt meg på konsert der. Jeg dro oppom sykehuset før konserten, og det var på vei hjem fra denne, at mobiltelefonen min ringte. Jeg hadde rekvirert prøvene selv, og da jeg oppdaget at det var medisinsk bakvakt som ringte meg og lurte på hvorfor jeg hadde tatt blodprøvene, så trodde jeg først at han ville gi meg tilbakemelding på at det var dårlig kotyme å rekvirere blodprøver på seg selv. Hadde det bare vært så vel. Bakvakten var ikke helt fornøyd med en D-dimer på over 10, og lurte på om jeg kunne snu og komme tilbake til sykehuset.

Jeg vet ikke om du noen gang har blitt bedt om å komme deg raskest mulig til sykehuset fordi et prøveresultat helst burde følges opp med en gang. Jeg kan informere om at det ikke nødvendigvis er den beste avslutningen på en ellers

hyggelig kveld. Jeg skulle til alt overmål ha eksamen i mellomfag kristendom to dager senere, så timingen kunne vært bedre. Etter en kort samtale ble vi enige om at jeg kunne komme til videre utredning etter å ha hatt eksamen. For selv om D-dimeren var over 10, så var de andre prøvene fine, og klinikken tilsa at vi kunne vente med den videre utredning i to dager.

Ofte er det gøy å slå gamle rekorder. Når det gjelder å få den høyeste målte D-dimeren er det ikke det. Noen timer etter avlagt eksamen var jeg hos tidligere nevnte bakvakt, klar til å bli undersøkt. Når jeg først var inne på dette med rekorder, så kunne jeg liksom godt toppe min egen, og jeg hadde derfor tatt D-dimeren min til nye høyder i løpet av disse to dagene. Undersøkelsesdagen var den 11.8. I tillegg til en grundig og dyptpløyende klinisk undersøkelse, fikk jeg også nytte godt av radiologisk avdeling sine varierte tilbud med rgt thorax, og ultralyd abdomen og scrotum.

Jeg ble fartende en del mellom Vanylven og Volda i tiden som kom. Svelene på fergene i Møre og Romsdal er veldig gode, men et nøkternt cost benefit overslag i ettertid sier at de nok ikke var verdt hele denne utredningsprosessen og det som fulgte med. Når jeg ikke var i Volda, drøftet jeg flere ganger på telefonen med min venn overlegen i Molde om hva årsaken til D-dimeren kunne være. Han diskuterte med hematologen i Volda, som igjen diskuterte med koagulasjonslaboratoriet på Rikshospitalet. Og som hematologen så vakkert uttrykte det i et journalnotat: «Det kan ikke foreslåes noko bestemt mekanisme.» Eller på godt norsk: Vi har ikke peiling på hva årsaken er.

Det ble avgjort at jeg skulle ta CT abdomen og pelvis, og rgt thoracalcolumna, blant annet for å utelukke at det var en tumor som var årsaken til den høye D-dimeren. Og det var da tumor- og malignitetsspørsmålet kom på banen at jeg for alvor fikk ta del i psykosomatikkens gleder. Jeg har aldri hatt så god kontakt med kroppen min hverken før eller siden. Men svarene på prøvene kom, og det var fremdeles ikke funnet noen årsak.

Tiden gikk, D-dimeren var fremdeles høy, og utredningen stagnerte noe. Jeg hadde tidlig i utredningen fortalt at jeg ved hvert tilfelle av u-stix hadde hatt mikroskopisk hematuri. Dette viste jeg at min mor også hadde, så jeg foreslo at kanskje dette var en sær, arvelig variant relatert til hematurien. Så min kjære mor ble beordret opp på sykehuset i Haugesund for å se om hun også hadde en D-dimer hun kunne være bekjent av. Men den gang ei. Under 0,5.

Tiden gikk – som den ofte gjør – videre, og jeg reiste hjem til mamma på juleferie. Jeg kan ikke huske hvem det var som foreslo det, men det ble ihvertfall til at jeg gikk oppom på Fylkessjukehuset i Haugesund annen juledag, og med hjelp av en god venn fra studietiden, fikk tatt kontroll av blodprøvene der. Svaret? Under 0,5! Vel tilbake i Vanylven spredte jeg dette julens glade budskap til mine velgjørere i Volda og Molde. Vi ble enige om at jeg skulle sende inn en kontroll til Volda, og vips så hadde D-dimeren steget til over åtte!

Noen uker senere fikk jeg en telefon fra laboratoriet i Volda hvor de sa: «Ta en ny prøve på to like glass. Send ett til oss, og send ett til sykehuset i Ålesund.» Og der lå løsningen på gåten. Mens prøven til Volda fremdeles viste opp mot 10, viste svaret fra Ålesund under 0,2. Jeg vet ikke om de noen gang fant ut hvorfor D-dimeren ble så veldig feil på meg, mens den funkete fint på alle andre de målte på. Men det er ikke alle spørsmål som har et svar, og selv der svaret finnes finner vi det ikke alltid.

Jeg ble senere fortalt at det i løpet av denne våren kom et par tilfeller til ved sykehuset i Volda der D-dimeren var litt på bærtur. Rekorden min ble ettertrykkelig slått av en show-off fyr som bare måtte opp på 20-tallet. Vel, rekorder er jo til for å brytes, men jeg syntes nå at det var litt ufint av ham å gruse meg på den måten. 12,8 kunne jeg tilgitt ham, men ikke 20-tallet. Men så fikk han vel ikke sett prostataen sin på ultralydskjermen heller.

Ole Andreas Hovda

ÅLESUND

VOLDA



Legevakt-konferansen 2008.

ARRANGØR: Steinkjer kommune i samarbeid med Snåsa og Verran kommuner.

TID: 11.– 13. september 2008.

STED:

Dampsaga kulturhus, Steinkjer.

MÅLGRUPPE: Leger og sykepleiere.

PROGRAM:

Legevakta, en arena for samhandling. Samhandling når det uventede skjer. Humorens rolle i samhandling og stressmestring. Idrettsskader. Ta vare på ryggen. Den vanskelige vurderingen. Avvikshåndtering. Nødnettprosjektet. Forskning ved legevakt. Er barnet alvorlig syk? Vold i nære relasjoner. Fødsel utenfor sykehus. Moderne hjerneslagbehandling. ABC-beredskap. Barn i krise. Etikk i møte med rusavhengige. Medias rolle på skadested.

ANTALL DELTAKERE: 400

Legevaktkonferansen 2008 er godkjent med 20 poeng som emnekurs / klinisk emnekurs i legevaktmedisin for spesialiteten allmennmedisin. Den er også godkjent med 18 timer av NSF for meritering til klinisk spesialist i sykepleie.

Påmelding, detaljert program, seminaravgift, påmeldingsfrist, overnatting etc. via www.din-konferanse.no

I denne spalten trykkes kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. 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 om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Bidrag sendes Karin Frydenberg (red.) frydrein@online.no. Kast dere frampå, folkens

Lærerike kasuistikker

Dame, 76 år med vondt både her og der...

Hyperkolesterolemi, hypertensjon, diabetes mellitus type 2. Angina pectoris, ACB-operert 71 år gammel. Apoplexia cerebri 75 år, med forbigående hemiparese. Ofte smerter i mage og bringe (også etter ACB-operasjonen), i tillegg til stive muskler og vonde ledd. Ho har kjent kuler og assymetri ulike stader på kroppen, og vore plaga med svimmelheit.

På grunn av desse plagene har ho oppsøkt fleire legar og fått utallige undersøkingar, dei fleste med normale funn.

Dette er ein pasient som også opplever mykje biverknader av medisiner. Ho har hatt tendens til å autoseponere medikament, eller unnlate å starte opp med forskrivne piller etter først å ha lese heile biverknadslista.

Aktuell dag lyser namnet hennar i timeboka, og timen er avtalt som diabeteskontroll. Her er nok å ta tak i; hypertensjon, glukoseverdiar, livsstil, rett bruk av medikament ++. Dette sit i hovudet på legen i det pasienten kjem gåande inn døra.

Det fyrste dama nemner når ho kjem, er at ho fall på vegen til legen i dag, og har fått så vondt i høgre legg. Vi avtaler så å sjå på leggen til slutt i timen. Tida går fort, og leggen blir sett på i det vi er 10 minutt på overtid. Ho vil gjerne ha røntgen. Det er ingen hevelse, ingen synleg hematom. God rørsleevne i ankelledd, god perifer sirkulasjon og sensibilitet. Litt øm ved palpasjon lateralt og posterior over leggmuskulatur. Ho kan greitt belaste ekstremiteten. Konklusjonen blir kontusjon, ho er litt «forslått». Vi ser det an, og ho skal ta kontakt om det ikkje blir betre.

11 dagar seinare ringjer dama; det har ikkje blitt betre. Ho har framleis vondt i hø. leggen, vanskar med å gå, og vil no gjerne ha legen heim på besøk. Tida tilltet dette under

Følgende har fått allmennpraktiker-stipend for 2. halvår 2008.

UNIV.	ETTERNAVN	FORNAVN	PROSJEKTETS TITTEL
UiB	Abildsnes	Eirik	Hvordan samtaler fastleger med sine pasienter om livsstilsendring?
UiO	Andreassen	Kurt	De Quervains tenosynovaginit i hånden. En oversiktsartikkel.
UiO	Fagan	Mark	Antibiotikabruk ved Sykeheim
UiB	Felde	Gunhild	«An epidemiological study of the association between anxiety, depression, and urinary incontinence»
UiTø	Jakobsen	Kristin Alise	Pasienters tanker og holdninger til luftveisinfeksjon, antibiotikabruk, samt resistens. En kvalitativ intervjustudie
UiO	Jeppesen	Jonas Carsten	Skiskaderegistrering ved skipatrolje vs legesenter – en retrospektiv studie av grunnlaget for vår viden om skadespanorama ved alpin vinteraktiviteter
UiO	Juvkam	Kari Hilde	Oppmøte av eldre kvinner til cytologisk prøvetaking fra cervix – kan fastlegeordningen brukes for å øke deltagelse?
UiO	Knutsen	Kirsten Valebjørg	Vitamin D-mangel blant pasienter i en multikulturell allmennpraksis: en skjult epidemi?
NTNU	Reymert	Jannike	Ny giv – livsstil for livstid
UiO	Selnes	Lene Dæhlen	Ungdom som selvskader – hvordan møter allmennleger denne pasientgruppen?
UiO	Skjeie	Holgeir	Akupunkturbehandling ved spedbarnskoliikk. Enkelt-blind randomisert prospektiv studie

KJØREPLAN FOR UTPOSTEN 2008

utposten
Bladet for allmenn- og samfunnsmedisin

UTPOSTEN

Bladet for allmenn- og samfunnsmedisin har et opplag på 2000 og utkommer 7 ganger årlig med dobbelt julenummer. 7 primærleger er redaktører.

	Best.frist	Mat.frist	Utsendelse
Nr. 1	18. januar	30. januar	18. februar
Nr. 2	8. februar	20. februar	10. mars
Nr. 3	4. april	16. april	7. mai
Nr. 4	16. mai	28. mai	16. juni
Nr. 5	5. september	17. september	6. oktober
Nr. 6	3. oktober	15. oktober	3. november
Nr. 7/8	31. oktober	12. november	1. desember

ABONNEMENT:
Kr. 450,- i året

TEKNISK

Annonseansvarlig:

Tove og Karianne Rutle
RMR, Sjøbergvn. 32,
2050 JESSHEIM
Tlf.: 63 97 32 22
FAX: 63 97 16 25
E-POST: rmrtove@online.no

Materiell:

Elektronisk (mail / FastSend: se www.07.no / CD).

Format:

A4, 210 x 297 mm (+3 mm for utf).
Satsflate 165 x 236 mm.

Raster: 60 linjer

Trykkeri:

07 Gruppen AS
1930 AURSKOG
Tlf.: 63 86 44 00

Kontaktperson:

Morten Hernæs
Tlf.: 63 86 44 63
E-POST: morten.hernaes@07.no



To ganger daglig betyr hver 12. time – ikke morgen og kveld!

Barn sover gjerne tolv timer.

Men for voksne, som sover halvparten så mye, kan det gå opp mot 18 timer mellom morgen og kveld.

Fucithalmic® øyedråper virker som et depot for fusidinsyre, og depotet forsvinner gradvis i løpet av 15-16 timer.

Dine pasienter må derfor dryppe seg ca hver 12. time for å opprettholde konsentrasjonen av fusidinsyre på øyet.

Hvis du ordinerer *To ganger daglig*, kan det oppfattes som "morgen og kveld", noe som betyr både 16 og 18 timers intervaller. Dermed kan det bære galt avsted!

Derfor: Si aldri 2 ggr daglig. Si ganske enkelt En dråpe hver 12. time!



LEO Pharma AS

Postboks 193 Lilleaker, 0216 Oslo

Telefon: 22 51 49 00, Faks: 22 51 49 01

www.leo.no, e-post: info@leo-pharma.com

Fucithalmic®
Fusidinsyre

C Fucithalmic © LEO Antibiotikum. ATC-nr.: S01A A13

ØYEDRÅPER, suspensjon 1%: 1 g inneh.: Fusidinsyre 10 mg, benzalkoniumklorid 0,1 mg d, dinatriumedetat 0,5 mg, karbomer, mannitol, natriumhydroksid, vann til injeksjon til 1 g. ØYEDRÅPER, suspensjon engangspipetter 1%: En engangspipette inneh.: Fusidinsyre 2 mg, natriumacetat (E 262), karbomer, mannitol, natriumhydroksid, vann til injeksjon til 0,2 g. **Indikasjoner:** Akutt konjunktivitt forårsaket av stafylokokker. **Dosering:** En dråpe 2 ganger daglig. Behandlingen bør vare i minst 2 dager etter symptomfrihet. 1. behandlingsdag kan 1 dråpe gis 4 ganger. Ved normal dosering rekker en engangspipette til behandling av begge øyne. **Kontraindikasjoner:** Allergi mot innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Bør ikke brukes sammen med kontaktlinser. **Graviditet og amming:** Overgang i placenta: Ved bruk av øyedråper anses den systemiske eksponeringen for fusidinsyre å være så liten at det sannsynligvis medfører liten risiko for skadelige effekter på svangerskapsforløpet, fosteret eller det nyfødte barnet. Overgang i morsmelk: Fusidinsyre går over i morsmelk. Ved bruk av øyedråper anses den systemiske eksponeringen å være liten. Det er lite sannsynlig at barn som ammes blir påvirket. **Bivirkninger:** Vanlige (>1/100): Lett forbigående svie. Sjeldne (<1/1000): Allergiske reaksjoner. **Egenskaper:** Klassifisering: Antibiotikum med god penetrasjonsevne. Det oppnås en baktericid effekt overfor vanlig forekommende øyepatogene bakterier. Spesiell høy aktivitet overfor Staph. aureus og Staph. epidermidis uavhengig av penicillinaseproduksjon. Enterobacteriaceae og Pseudomonas spp. er resistente. Det er ikke kryssresistens mellom fusidin og noe annet klinisk anvendt antibiotikum. Fusidin frigjøres gradvis da den vandige suspensjonen av mikrokrySTALLINSK fusidinsyre er formulert som viskøse øyedråper. Depotvirkningen medfører at det opprettholdes effektive konsentrasjoner i øyet med dosering 2 ganger daglig. **Virkningsmekanisme:** Hemmer bakterienes proteinsyntese. **Absorpsjon:** God penetrasjon gjennom cornea.

Pakninger og priser: 5 g: kr 63,00 Engangspipetter: 12 x 0,2 g kr 87,70. 18.01.2008

B-PostAbonnement

Returadresse:
RMR, Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Tilby henne en sikker og
reversibel løsning*



REUTAD & PARTNER AS OSLO

01-08-2008 MD



Mirena®
levonorgestrel 20 µg/24 timer