



Innhold:

LEDER: Vitaminpille i høstmørket. Av JESPER BLINKENBERG	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Med sårbarhet som kilde til styrke. HILDE BEATE GUDIM INTERVJUET AV ANN-KRISTIN STOKKE	2
ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER: Du åpne «Pandoras eske»? Av GRY KRISTIN LIA OG KATHRINE AAMODT	7
Hepatitt C i Norge i 2009, underdiagnostisert og underbehandlet. Fastlegen har en viktig rolle. Av EVEN REINERTSEN	12
MATOVERFØLSOMHET OG FUNKSJONELLE MAGE-TARMSYKDOMMER: Hvilke punkter er viktige ved første konsultasjon? Av GÜLEN ARSLAN LIED	18
Lumbal spinal stenose – gammelt problem, ny kunnskap. Av GREGER LØNNE	24
FORDELER OG ULEMPER VED MAMMOGRAFISCREENING: Hvorfor utføre mammografiscreening? Hva er kostnadene? Av HARALD WEDON FEKJER	28
Medisinsk bruk av cannabis. Berettiget eller overdreven optimisme? Av JØRGEN G. BRAMNES	34
Faste spalter	38

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

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

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

Lisbeth Homlong

Seiersbjerget 19

5018 Bergen

TLF.: 55 55 84 29

MOBIL: 905 53 513

E-POST: lisbeth.homlong@hotmail.com

Ole Andreas Hovda

Ullevålsveien 88a

0451 Oslo

MOBIL: 97 57 50 85

E-POST: oahovda@gmail.com

Ann-Kristin Stokke

Lyngvn. 12a

1430 Ås

MOBIL: 452 17 552

E-POST: annkristin_stokke@hotmail.com

Tom Sundar

Grefsenkollveien 21

0490 Oslo

MOBIL: 926 29 687

E-POST: tsundar@online.no

Mona S. Søndena

Parkveien 19

9900 Kirkenes

TLF.: 78 99 21 60

MOBIL: 476 44 519

E-POST: monass@online.no

Forsidebilde: Ida Myklebust Sundar**Layout/ombrekning:**

Morten Hernæs, 07 Gruppen AS

Design, repro og trykk:

07 Gruppen AS



Vitaminpille i høstmørket

For en del år siden gikk jeg i veiledningsgruppe for å bli spesialist i allmennmedisin. På den tiden opplevde jeg en periode med faglig avmakt og monotoni. Dagene gikk trått, arbeidet var tungt og ensformig, og de fleste pasientene klagde over plager det var lite jeg kunne gjøre med.

Hva var så poenget med å høre på all denne lidelsen? Ikke ble pasientene friskere og ikke følte jeg meg så bra jeg heller. Så fikk jeg servert vitaminpillen og øyeåpneren. Det var en av øvelsene i veiledningsgruppen. Vi skulle notere hvilke temaer vi jobbet med i løpet av en dag, alle problemstillinger pasientene tok opp. Jeg ble overveldet over bredden i det jeg jobbet med, og frydet meg over en variasjon jeg ikke hadde vært meg bevisst om morgenen før jeg startet forberedelsen til veiledningsgruppen. Jeg hadde notert meg temaer som oppfølging av kronisk syke, syng av kutt og diagnostisering og behandling av lungebetennelse, hjertesvikt og neglerotbetennelse, og oppfølging av lette depresjoner. Et faglig spenn til å bli glad og begeistret av. Denne øvelsen kan jeg anbefale alle allmennleger med tendens til tungsinn i det monotone kontorhøstmørket.

En slik vitaminpille kan også dette nummeret av Utposten være. Vi presenterer kliniske artikler om utredning av hepatitt C, håndtering av spinal stenose og en oversikt over funksjonelle mageplager og matoverfølsomhet. Siste nytt om sjeldne tilstander og tips til utredning av vanlige lidelser som preger livet til mange, men som det kan være vanskelig å gripe.

Men ikke alt i dette nummeret er av den behagelige sorten. Artikkelen under vignetten *allmennmedisinske utfordringer* tar opp et stort og mørkt felt det er vanskelig å gå inn i – seksuelle overgrep. Vi vet at mange mennesker lever med hemmeligheter de ikke deler med andre, hemmeligheter som gnager på kropp og sjel og som kan gi kroniske fysiske og psykiske plager. Mange allmennleger kvier seg nok for å nærme seg temaet i frykt for å såre pasientene, fordi det fremdeles er et tabubelagt tema som er vanskelig å snakke om. Denne holdningen sitter dypt i vår kultur og er et hinder for en åpen kommunikasjon om temaet, samtidig som fortielsen kan legge sten til byrden hos de overgrepsutsatte. «Ikke en gang fastlegen min snakker om dette.» Er det en følelse av manglende kompetanse i møte med pasienter utsatt for seksuelle overgrep som hindrer oss i å bringe overgrep frem i lyset? Kan det hende at hjelperne ubevisst beskytter seg selv, og ikke pasienten, mot å ta opp dette? Artikkelen i dette nummeret gir en oversikt over temaet, og praktiske tips til hvordan vi allmennleger kan møte pasienter utsatt for seksuelle overgrep.

Jesper Blinkenberg

Utpostens
dobbeltime

Med sårbarhet som kilde til styrke

Hilde Beate Gudim
INTERVJUET AV ANN-KRISTIN STOKKE

Hilde Beate Gudim har vært allmennlege i snart 30 år, hvorav de siste 25 på Skui i Bærum. Som medforfatter av bøkene

Gynekologi i allmennpraksis og Gynekologi kort og godt,

medlem av fagutvalget i Alment praktiserende lægers forening i to perioder og bidragsyter til faglige retningslinjer for behandling av både depresjon og bipolare lidelse, tar hun til orde for at allmennpraktikere må holde seg faglig oppdatert. Fastleger har stor makt over enkeltmenneskers liv og helse, erkjenner Gudim, som med bakgrunn i egne tøffe livserfaringer har gjort seg mange tanker om viktigheten av å lytte, å respektere individuelle løsninger og å være ydmyk når man som fagperson skal gi råd til familier med særskilte omsorgsbehov.



FOTO: ANN-KRISTIN STOKKE

UTPOSTEN: Du har jobbet 25 år i full stilling som allmennlege, samtidig som du og mannen din, Erik, har hatt en hjemmesituasjon som er annerledes enn for de fleste andre legeektepar. Dere har løst dette på dere egen måte – kan du fortelle litt om hvordan dette utviklet seg?

– Etter distriktsturnus i Årdal i Sogn ble vi værende der sammen med de to sønnene våre, Erik og Einar. En lærerik og utfordrende tid i et annet samfunn enn det vi var vant til. Folk kontaktet ikke legen i utide og det ble en rekke strabasiøse turer med syke folk over fjellet, med båt eller helikopter ut fjorden. Til tider var vi helt innestengt på grunn av uvær. Mannen min, Erik, var bedriftslege ved Årdal og Sunndal Verk. Jeg var distriktlege, sier Hilde Beate Gudim.

Årene i Sogn skulle sette varige spor: Åpenhjertig forteller 55-åringen historien om den eldste sønnen Erik, som nærmest ved en tilfeldighet fikk påvist tallrike intracerebrale arteriovenøse malformasjoner. Han var født helt frisk, hadde utviklet seg normalt og var svært musikalsk og verbal. Den eneste informasjonen hun og ektemannen fikk, var at tilstanden var intraktabel. Gutten deres ville med stor



Hilde Beate Gudim formidler engasjement og ydmykhet. FOTO: ANN-KRISTIN STOKKE

sannsynlighet få en rekke hjerneblødninger, gradvis miste funksjoner og sannsynligvis dø før 19-års alder. Erik levde til han ble 28 år.

– Jeg gikk rett ned i et stort mørkt hull den gangen diagnosen hans ble stilt. Ikke å kunne verne om, beskytte og gi barnet sitt et godt liv var for meg ikke til å bære. Det var følelsesmessig tungt og vanskelig å skjønne, at det på innsiden av hodet til den friske gutten vår så helt annerledes ut. Jeg trodde faktisk at jeg skulle bli «gal», men i et slikt øyeblikk fikk jeg en plutselig erkjennelse av at det blir jeg jo ikke. Altså var oppgaven min å forsøke å være voksen og ta det ansvaret en mor skal ta. Erik fikk sin første hjerneblødning og en venstresidig hemiparese tre og et halvt år gammel.

– Det ble for vanskelig å bli boende mellom høye fjell hvor solen bare lekte oppe i fjellene store deler av året. Vi lengtet til det åpne Østlandet, til familie og nettverk. Dessuten fantes det ikke fysioterapeuter og andre tilbud vi trolig ville trenge i den lille vestlandsbygda. På mange måter har veien blitt til underveis, med alltid å forsøke og se nye løsninger etter hvert som Erik ble sykere. Jeg ba om og fikk et løfte fra mannen min, om at Erik uansett skulle bli boende hjemme, men at jeg var villig til å ta mesteparten av det praktiske rundt dette. Det har han stått ved, og vi har alltid delt på ansvaret og oppgavene hjemme.

– Helt konkret måtte jeg velge bort pediatrifaget. Å være borte på kveld og natt i forbindelse med vakter var umulig – Erik kunne ikke være alene. Jeg valgte å bli allmennlege på Skui i Bærum, med legekonto rett ved siden av barnehagen og skolen der Erik gikk. På den måten kunne Erik komme til meg på kontoret når han var ferdig på skolen. Han var så pliktoppfyllende og vi gjorde leksene hans sammen før vi kunne hente søsknene i barnehagen. På «dårlige dager» med trykksymptomer eller epileptiske anfall lå han ofte på behandlingsrommet. Så snart en pasient var gått ut av kontordøren min kunne jeg titte ut av den andre døren og se hvordan det sto til med Erik. Etterhvert var vi så heldige også å få to jenter, slik at Erik hadde tre yngre søsken.

UTPOSTEN: Som helsepersonell kan vi ofte ha mange råd og tilbud til familier med ekstra utfordringer. Hva tenker du om det, som mor og som allmennlege?

– Jeg tenker ofte at vi som helsepersonell lett kan komme med velmente, men kanskje lite individuelle og veltilpassede forslag. Vi valgte for eksempel helt bort hjemmesykepleien og tok alt stell selv. Når Erik plutselig ble tungpusten og måtte kobles til BiPAP-maskin nyttet det ikke å vente på hjemmesykepleien, og var han i fin form og det var lørdagskveld med gode venner på besøk satt han i rullestolen sammen med oss og frydet seg til langt ut i de små timer. Våre viktigste støttespillere utenom familien, var sjåføren

til Erik og det lokale apoteket. Sjøføren kom hver dag opp de bratte bakkene enten det var snø eller regn, hentet Erik og kjørte ham til Haug spesialscole, og etter hvert til dagtilbud på Emma Hjord. Apoteket kjørte ut bleier, sonde-mat og annet nødvendig utstyr, og det var en negativ endring for oss da utstyrsfordelingen ble sentralisert til sykehusapoteket på Ullevål med lang vei og korte åpningstider. Etter hvert ble også ambulanspersonalet ved Sykehuset Asker og Bærum – lokalsykehuset vårt – gode samarbeidspartnere. Når Erik fikk et av sine alvorlige epileptiske anfall på Haug, hentet ambulansfolkene ham, satt diazepam intravenøst etter avtale med oss og tok ham med til mottakelsen på sykehuset. Vel fremme ringte de meg og ba meg ta kontakt når jeg var ferdig på jobb slik at de kunne kjøre Erik hjem igjen.

– At både mannen min og jeg har vært i jobb hele denne tiden, skyldes muligheten for å lage et system som er tilpasset våre behov. Når jeg sitter på ansvarsgruppemøter og opplever at det legges mange gode planer, som ofte er lite praktisk tilpasset, er det kanskje lettere for meg å se realitetene i den praktiske gjennomføringen – og støtte foreldrene i at det kanskje er andre tiltak som passer best for deres familiesituasjon.

– Selv valgte vi at jeg ble lege for Erik, fordi han var «komplisert» – medisinsk sett. Etter hvert som han også mistet språket og synet, ble det også vanskelig for andre enn oss som kjente han i dagliglivet å observere og tolke situasjonen. Jeg rådførte meg derfor med dyktige kolleger om spesielle problemstillinger, som endring av antiepileptisk medisiner, respirasjonsproblemer og hjemmerespirator og i siste runde hjertesviktbehandlingen, ettersom han utviklet hjertesvikt det siste året han levde.

UTPOSTEN: Erik var alvorlig syk, og dere levde med en visshet om at han skulle dø i ung alder, og at det kunne gå fort. Hvordan taklet dere det?

– Vi lærte oss å sette følelsene på vent i akutte og dramatiske situasjoner. Jeg vet ikke hvor mange ganger han har vært så syk at det har vært usikkert om han skulle overleve. Skulle vi reagert følelsesmessig hver gang, ville vi blitt helt utslitt. Samtidig har det vært viktig ikke å sette resten av livet på vent – hadde vi valgt det, ville vi måttet vente 25 år. I stedet for å reise bort, har vi samlet mye av det sosiale livet vårt hjemme hos oss. Både hyggelig og nært samvær med gode venner til god mat og drikke, familiemiddager og bokskriving har foregått her hjemme, med Erik i nærheten. Da Kari Hilde Juvkam og jeg skrev den første utgaven av



FOTO: ANNA-KRISTIN STOKKE



FOTO: ANNA-KRISTIN STOKKE



FOTO: ANNE-KRISTIN STØCKE

Gynekologi i allmennpraksis, satt vi her ved kjøkkenbordet. Samtidig som det alltid har vært hensynet til Erik som har lagt rammene, har det vært viktig og utfordrende for oss at de andre barna skal få en mest mulig normal oppvekst, der det også er lov å klage over helt vanlige ting.

– Vi gjorde en del ting som mange sikkert ville synes var på kanten. Som 12-åring og med hemiparese, sto Erik ned slalombakkene på Geilo, mellom beina til faren sin – det var noe å fortelle til kameratene hjemme! Jeg er helt overbevist om at Erik hadde en opplevelse av et godt liv, og at dette bidro til at han levde mye lengre enn forventet.

– Fordi Erik stort sett måtte være hjemme, var alltid en av oss voksne hjemme når de andre barna kom hjem, det var alltid en mamma eller pappa som ropte hallo når de kom inn døren. Nettopp dette – kombinert med at vi har klart å prate om de vanskelige tingene, har gitt et trygt og nært forhold til alle barna. Jeg opplever at de ofte tar kontakt for å snakke med oss om smått og stort, også nå etter at de har flyttet ut. Samtidig har det nok vært sårt i perioder at vi alltid bare har vært en forelder til stede på fotballkamper, danseoppvisninger og andre tilstelninger.

– Rammene som livet med Erik krevde, gav på mange måter en ro i hverdagen, med rom for samtaler, boklesing

og håndarbeid. Vi kunne ikke være alle andre steder. Etter at Erik døde i fjor sommer, 28 år gammel, må dette erstattes av egne, bevisste valg for å beholde roen. Jeg har ikke lenger andre begrensninger for å jobbe eller delta på ting enn de jeg selv setter. Det er uvant for meg.

UTPOSTEN: Som allmennlege sitter du i Nasjonalt råd for fødselsomsorg og du har vært med å utarbeide «Retningslinjer for behandling av depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten». Du er nå med i arbeidet med «Retningslinjer for behandling av bipolare lidelser» i regi av Helsedirektoratet, og sammen med Kari Hilde Juvkam har du gitt ut to lærebøker og holdt flere emnekurs i gynekologi. I tillegg sitter du i kurskomiteen for et årlig kurs i onkologi/palliasjon og har det siste året jobbet som praksiskonsulent ved gynekologisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum. Hvorfor er du opptatt av faglighet i allmennpraksis?

– Vi allmennleger må holde oss faglig oppdatert, det er en av mine kjeppheter. I tillegg til å være glad i mennesker, og se og respektere den enkelte pasient, er faglighet helt nødvendig for å gi pasientene god behandling. Som leger har vi stor makt til å påvirke enkeltmenneskers liv med informasjonen vi gir og vurderingene vi gjør. Dette skal vi ha ydmykhet for og gjøre på en redelig måte. Jeg har opplevd kvinner som etter et enkelt epileptisk anfall i ungdommen er blitt satt på antiepileptisk medisin på tvisom indikasjon og deretter på det sterkeste blitt frarådet å bli gravide.

Denne typen råd er inngripende i et menneskes liv, og skal derfor være godt begrunnet ut fra den beste tilgjengelige kunnskapen vi har.

– I arbeidet med revisjonen av Gynekologi i allmennpraksis i fjor merket vi hvordan kravet om dokumentasjon og forskningsbasert medisin hadde økt siden vi kom med den første utgaven i 1999. Samtidig må vi ikke uten videre legge bort det som har vært god klinisk praksis.

– Som fastlege opplever jeg stadig oftere at kolleger på sykehuset tar kontakt for å drøfte både diagnostiske og medikamentelle vurderinger ut fra pasientens generelle tilstand og min kjennskap til dette. Jeg opplever også at pasientene kommer til meg med et ønske om å drøfte bruken av en medisin som spesialisten har anbefalt, eller hvordan vedkommende skal forholde seg til en studie som man er bedt om å delta i. Da må vi kunne gi faglig godt begrunnede råd, tilpasset pasienten.

UTPOSTEN: Både ut fra det du forteller, det du har gjort og den energien du viser, kan det virke som du har utrolig mye krefter?

– Ja, jeg er heldig på mange måter. Jeg har nok evnen til å se etter løsninger. Det finnes nesten alltid en løsning, og jeg er heldig som har tålt å være våken flere ganger hver natt i mange år. Det har ikke med å være flink å gjøre, det bare er sånn! Mannen min og jeg har også vært bevisste på å være raus og gi hverandre tid til å lufte ut tanker og følelser og komme seg ut alene, få andre impulser og ikke minst å ta vare på hverandre som kjærester. Jeg tror dette har gjort at vi fortsatt holder sammen, og ikke har skilt lag som mange i lignende situasjoner gjør. Vi har begge erfart at fysisk aktivitet forebygger depresjon og gir nytt pågangsmot, og omgivelsene her vi bor, med natur og fin utsikt, har gitt livsglede og mot i tunge stunder.

– Å skrive bok ble mitt bidrag til fagligheten i allmennpraksis. Jeg hadde begrensede muligheter for å reise rundt og møte andre, men å skrive bok kan man faktisk gjøre ved kjøkkenbordet. Akkurat det gjorde jeg i ledige stunder, alene med Erik og ellers når det var ro i huset.

UTPOSTEN: Det er nå et drøyt år siden sønnen deres døde. Hva tenker du om årene fremover?

– Sorgen kjennes fortsatt overveldende i perioder. Da er jeg sårbar og kan overreagere og feiltolke velment omsorg. Jeg har derfor hatt et stort behov for å skjerme meg i dette året – også av hensyn til menneskene rundt meg. Fortsatt kjennes livet ofte tomt og meningsløst, men med fornuften min har jeg bestemt meg for at jeg skal leve videre for de tre barna jeg har igjen og ikke dyrke det som var. Den siste

tiden opplever jeg glimtvis at følelsene mine også begynner å forstå det. Livet med Erik har vært et rikt liv, skjønt det ikke er et slikt liv man ville valgt. Å miste et barn kommer man aldri over, det er så uendelig vondt. En venninne sa det så vakkert i sommer:

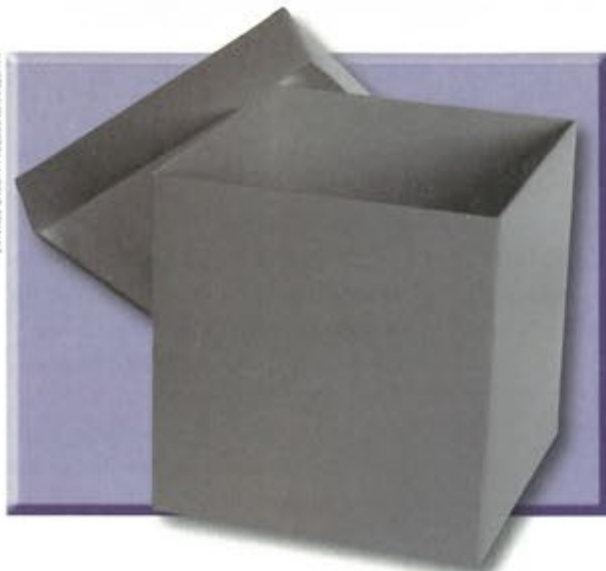
Å miste et barn, er et sår som aldri gror – men skorpen blir litt tykkere for hvert år.

– Jeg har tidligere hatt et ønske om å kunne reise ut for å jobbe blant de svakeste, men det kommer jeg ikke til å gjøre, jeg er blitt for sårbar for enkeltmenneskers lidelser. I stedet håper jeg at rehabiliteringssenteret i Nepal, som vi samlet inn penger til i Eriks begravelse, kan bli vårt bidrag til syke der.

– I første omgang skal jeg samle livsmot til å kunne fortsette å være en god mor for Einar, Eline og Erle. Og så trives jeg fortsatt som allmennlege for samme populasjon gjennom 25 år. Mitt faglige engasjement har jeg fortsatt, så vi får hva fremtiden vil bringe, sier Hilde Beate Gudim.

FOTO: ANNA-KRISTIN STOKKE





ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER

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

Tør du åpne «Pandoras eske»?

AV GRY KRISTIN LIA OG KATHRINE AAMODT

Fastleger er «navet» i helsetilbudet for alle pasienter i Norge, og de har en viktig funksjon som døråpner for å hjelpe pasienten videre. Mange pasienter forventer at fastlegen tør å spørre direkte om ting andre ikke tar opp. Hvorfor er det så få fastleger som tør å spørre etter vonde erfaringer – som seksuelle overgrep?

Bakgrunn/fakta

Hva er seksuelle overgrep og incest? Det finnes mange definisjoner på dette, vi har valgt å hente denne fra Legehåndboken:

Seksuelle overgrep mot barn er forhold hvor avhengige, utviklingsmessig umodne barn og ungdom dras med på seksuelle handlinger som de ikke forstår den fulle rekkevidde av, og som de derfor ikke kan gi samtykke til på grunnlag av erfaring eller kunnskap, og som krenker de sosiale tabuer i forbindelse med familierollene. (1, 2)

Incest er inkludert i definisjonen ovenfor. En snever incest-definisjon innebærer seksuelt samkvem mellom barn og deres biologiske foreldre, beste- eller oldeforeldre, eller søsken. Vi velger å bruke et utvidet incestbegrep som inkluderer alle som innehar en foreldrerolle eller en liknende omsorgsrolle overfor barnet.

I lovens forstand skiller man mellom ulike alvorlighetsgrader av overgrep:

- seksuelt krenkende eller annen uanstendig atferd, for eksempel blotting, å snakke eksplisitt om seksuelle aktiviteter, eller presse barn til å overvære seksuelle aktiviteter



Gry Kristin Lia

Født 1961. Psykolog med erfaring fra rusbehandling, bedriftshelsetjeneste, leder-/teamutvikling og coaching. Har arbeidet ved Senter mot incest og seksuelle overgrep i Hordaland siden 2006.



Kathrine Aamodt

Født 1976. Spesialpedagog og gestaltveileder. Erfaring fra arbeid med psykopedagogiske grupper for seksuelt overgrepssatte barn og ungdom, og foresattegrupper. Har undervist om problematikken ved HiB og HiSF. Har arbeidet ved Senter mot incest og seksuelle overgrep i Hordaland siden 2000.

- seksuell handling, handlinger som innbefatter berøring av intime deler av kroppen
- seksuell omgang, fullbårne samleier, oralsex eller penetrering av kroppåpninger

Loven skiller også mellom grad av tillitsforhold mellom den utsatte og overgriper, og vektlegger omstendigheter som varighet, frekvens og omfang av overgrep, alderen til den utsatte, om fornærmede som følge av overgrepene blir utsatt for betydelig skade på kropp eller helse (for eksempel i form av seksuelt overførbare sykdommer), hvorvidt det ble utøvd vold eller fremsatt trusler om vold, og om det var én eller flere overgripere (Straffeloven, kap. 19) (3).

PREVALENS: I følge en rapport fra Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), har så mange som 22 prosent av jenter og åtte prosent av gutter i 18-årsalderen opplevd milde seksuelle overgrep og krenkelser. 15 prosent av jentene og sju prosent av guttene har blitt utsatt for grovere seksuelle overgrep (4). Det er ingen grunn til å tro at disse tallene er lavere for tidligere årskull.

Tvert imot har internasjonal forskning vist en nedadgående trend i forekomst av overgrep de senere årene (5).

RISIKOFAKTORER: Dårlig familieøkonomi, rusproblemer blant de voksne i familien samt minoritetsbakgrunn synes å gi økt risiko for seksuelle overgrep. Jenter er som nevnt også overrepresentert i forhold til gutter (4).

Overgripere er hovedsakelig gutter og menn, men ca. hver tiende overgriper er en kvinne. Overgrep fra jevnaldrende, eller barn/ungdom under 18 år som forgriper seg på barn utgjør omkring en tredel av overgrepene (6).

Konsekvenser

Den før nevnte NOVA-rapporten viser at erfaringer med seksuelle overgrep gir økt risiko for selvmordsforsøk, selvskading og spiseforstyrrelser, utagerende atferd, problemer knyttet til seksualitet, samt psykiske problemer i form av dårlig selvbylde, angst, depresjon og dissosiasjon (4). Forskning viser et komplisert bilde der skadevirkningene er avhengig av langt flere forhold enn den faktiske handlingen barnet har vært utsatt for. For barn utsatt for seksuelle overgrep kan det ofte være flere elementer i omgivelsene som også kan være belastende for barnet, for eksempel psykisk sykdom eller rusproblemer hos en eller begge foreldre (6).

Det pågår i dag et stort, longitudinelt forskningsprosjekt i Norge; «Longitudinal Investigation of Sexual Abuse» (LISA, se www.fmso.no). Det er en forskergruppe ved Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen som står bak undersøkelsen, og utvalget hentes fra fire incestsentre i Norge. Hovedtemaene som kartlegges i LISA er basert både på tidligere forskning, samt på hva vi som jobber på incestsentre mener å se er vanlige senvirkninger av å ha vært utsatt for seksuelle overgrep. De viktigste er:

- PTS(D)
- søvnproblemer, mareritt
- dissosiering
- angst/depresjon
- selvskading
- spiseforstyrrelser
- (kroniske) smertetilstander
- generelle helseplager av ulik art
- rusmisbruk (inkl. misbruk av medikamenter foreskrevet av lege)
- relasjonelle vansker

Vi ser altså at traumer i form av seksuelle overgrep i barndommen kan medføre en rekke både psykiske og somatiske plager i voksenalder, som ofte medfører overforbruk av helsetjenester (jmf. også Kirkengen, 2009) (7). I tillegg har

fastlegene også behandlingsansvar for barn som blir utsatt for seksuelle overgrep i dag. Det er derfor trolig at en ganske stor del av pasientene som til enhver tid er innom et fastlegekontor har slike erfaringer.

Barn som utsettes for overgrep

Når det gjelder barn, er det straffbart å ikke melde bekymring eller mistanke om pågående seksuelle overgrep videre til barnevern/politi (Helsepersonelloven). Sosial- og helsedirektoratets veileder beskriver i detalj både tegn på overgrep i ulike aldersgrupper, og hva helsepersonell bør foreta seg hvis de får mistanke om at et barn er eller har vært utsatt for overgrep (9). Se også FAKTABOKS 1, hvor du blant annet finner link til skjema for bekymringsmelding til barnevernet.

Dersom du trenger vurderingshjelp i en slik sak, finnes det flere muligheter. I mange kommuner er det etablert konsultasjonsteam eller SO-team, hvor man kan henvende seg anonymt og få hjelp til å vurdere om dette er en sak som bør meldes videre. Barnevernet eller Barnevernsvakten vil også kunne bistå ved mistankesaker, der det ikke finnes konsultasjonsteam. Flere steder i landet er det nå etablert Barnehus, hvor barn som har opplevd seksuelle overgrep kan få hjelp. Barnehusene skal bistå i alle faser i slike saker; medisinske undersøkelser, dommeravhør og korttids samtalerapi skal kunne skje på samme sted.

Det er viktig å huske på at du kan bli fritatt for taushetsplikt og innkalt som vitne i en eventuell rettsak. Derfor er det viktig å ha gode journalnotater i forbindelse med slike saker, hvor observasjoner, informasjonsinnhenting, funn og tiltak er godt beskrevet.

FAKTABOKS 1

Steder å få hjelp og informasjon – barn:

VEILEDER VED MISTANKE OM SEKSUELLE OVERGREP:
www.helsedirektoratet.no [9]

NORSK ELEKTRONISK LEGEHÅNDBOK:
www.legehandboka.no [2]

BARNEVERNVAKTEN: www.barnevernvakt.no

NEDLASTBAR BEKYMNINGSMELDING TIL BARNEVERN TJENESTEN:
<http://www.barnevernvakt.no/proffe/bekymringsmelding.aspx>

LANDSDEKKENDE, DØGNÅPEN INCESTTELEFON:
800 57 000 – www.incest80057000.no

LANDSDEKKENDE ALARMTELEFON FOR BARN:
116111 www.116111.no

LOKALE KONSULTASJONSTEAM/SO-TEAM:
se oversikt på din kommunes nettsider

BARNEHUS: Se oversikt på www.barnehuset.com

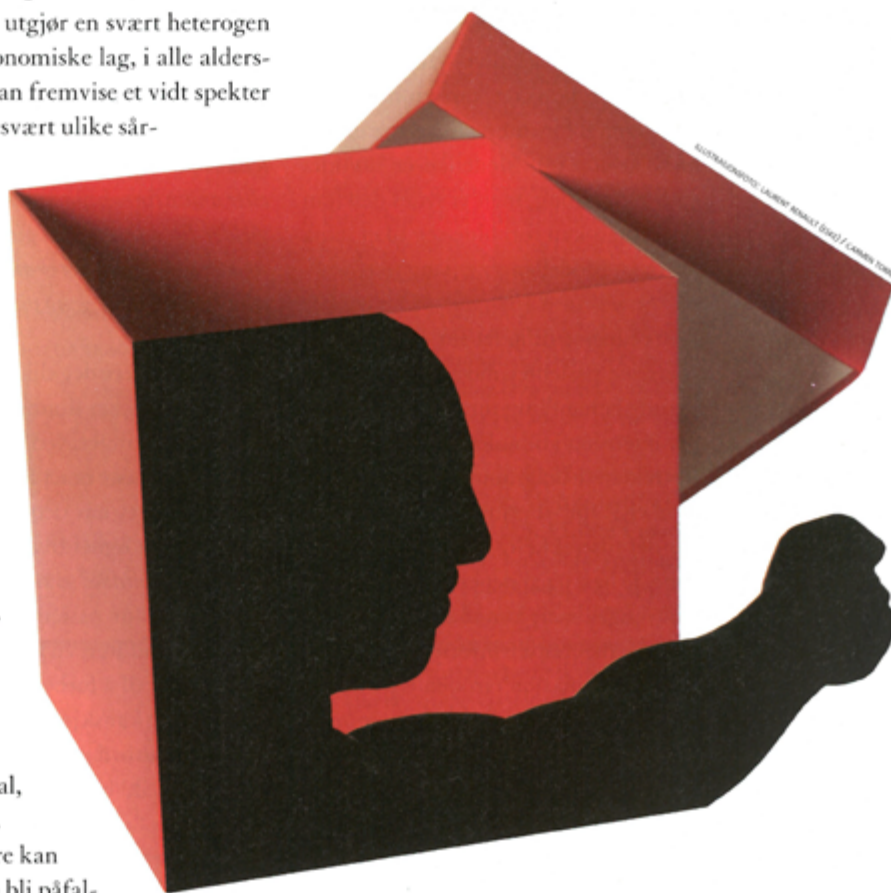
NKVTS/RVTS: Se faktaboks voksne

Hvordan gjenkjenne overgrepsutsatte?

Mennesker med slike erfaringer utgjør en svært heterogen gruppe. De finnes i alle sosioøkonomiske lag, i alle aldersgrupper og av begge kjønn, de kan fremvise et vidt spekter av sykdommer og plager, og har svært ulike sårbarheter og ulik psykisk fungering. Det kan også være viktig å merke seg at mange overgrepsutsatte ikke har noen merkbare senvirkninger i form av psykiske eller somatiske plager. Likevel har alle det felles at de har opplevd grensekrenkelser av kroppslig/seksuell karakter i barndommen, oftest fra en person de hadde tillit til. Selve møtet med en autoritetsperson, som fastlegen, kan trigge mange minner. Noen ganger kan overgrepsutsatte reagere uventet i ulike situasjoner på legekontoret, kanskje særlig i forbindelse med undersøkelser som involverer oral, vaginal eller rektal eksplorering. Enkelte kan bli aggressive. Andre kan reagere med dissosiering; de kan bli påfallende føyelige og medgjørige, eller kanskje fjerne og vanskelige å få kontakt med.

Overgrepsutsatte er som sagt også antakelig overrepresenterte blant pasienter som er storforbrukere av helsetjenester av ulike grunner. Blant pasienter som sliter med spiseforstyrrelser, rusmisbruk, selvskadning og annen selvdestruktiv atferd er det grunn til å tro at en forholdsvis stor del har overgrepserfaringer. I gruppen med mer diffuse helseplager som smertetilstander, angst/depresjon og søvnproblemer er det også grunn til å tro at overgrepsutsatte er overrepresenterte.

Dette er altså noen markører som kan lede deg til å tenke at en pasient kanskje har vært utsatt for overgrep. Det finnes ingen sikre tegn, og du kan selvfølgelig få ubegrunnede mistanker. Men dersom du nærmer deg temaet på en god måte, tenker vi at det uansett ikke kan gjøre skade. Pasienter er vant til å få en rekke mer eller mindre ubehagelige spørsmål når de besøker fastlegen. Det er en naturlig del av anamnescopptak, utredning og diagnostisering. Det skader ikke en pasient å få et spørsmål angående seksuelle overgrep – på lik linje med spørsmål om en tidligere har vært utsatt for andre traumer som ulykker, vold, alvorlig sykdom eller lignende.



Hvordan åpne esken?

Seksuelle overgrep er fortsatt et tabuisert tema i vår kultur, og det i seg selv kan gjøre det vanskelig å ta inn over seg at dette faktisk er reelle erfaringer mange pasienter bærer med seg. Ved incestsentrene får vi stadig høre fra brukere hvor frustrerende og vondt det kan være når fastleger og andre ikke spør etter slike erfaringer, til tross for at de har fått mye informasjon som burde sette dem på tanken. «Hvorfor spør hun ikke – denne gangen heller?»

Som sagt ligger det hos mange pasienter en forventning om at fastlegen skal våge å spørre direkte om ting som andre ikke våger. Ofte skal det heller ikke mer til enn at legen klarer å ta imot den informasjonen som kommer. For mange utsatte kan det være til stor hjelp bare å få lov til å sette ord på vonde erfaringer, uten at det nødvendigvis dramatiseres mer enn andre signifikante helseopplysninger fra oppveksten.

Det er ikke likegyldig hvordan man velger å nærme seg et tema som seksuelle overgrep. Som nevnt er selve situasjonen på legekontoret vanskelig for mange overgrepsutsatte. Det er mye som kan minne om overgrepene, for eksempel i form av at pasienten gir fra seg kontroll til en autoritetsper-

son som legen, og kanskje også lar legen gå over sine kroppslige grenser. Det er viktig å skape et rom for temaet som pasienten kan få lov til å velge å gå inn i – eller ikke. Før vi sier mer om hvordan dette konkret kan gjøres, vil vi gjerne få introdusere en modell for intervensjoner som ble laget av sexologen Jack Annon (8). Modellen er utviklet med tanke på sexologisk rådgivning, men vi synes den kan si noe viktig om hvordan man kan forholde seg til et tema som seksuelle overgrep også. Modellen vises i FIGUR 1.

Annon mente at man må tilpasse tilbudet sitt etter pasientens behov, og at de færreste pasienter med seksuelle problemer trenger omfattende behandling for disse. Modellen viser en økende grad av intensitet i tilbudet ovenfra og nedover, og de vertikale strekene i diagrammet symboliserer pasienter. Øverst finner vi **P** for «Permission» (tillatelse). For mange pasienter er det tilstrekkelig å oppleve at det er tillatt å ha de erfaringene de har, og at det er tillatt å snakke om dem. For dem som trenger mer, kan man gå videre til **LI** «Limited Information» (begrenset informasjon), hvor behandler kan gi generell informasjon om den typen erfaringer eller problemer pasienten har, eller korrigere misforståelser vedrørende anatomiske/fysiologiske forhold. Eventuelt kan behandler gå videre til å gi **SS** «Specific Suggestions» (spesifikke forslag), da gjerne i form av kartlegging, øvelser eller hjemmeoppgaver. Kun for noen få pasienter kan det bli nødvendig å tilby **IT** «Intensive Therapy» (intensiv terapi), hvor man i et lengre psyko-terapeutisk behandlingsforløp adresserer underliggende komplekse grunner til problemene (Annon, 1976).

FIGUR 1. Annon model

The PLISSIT Model of Sex Therapy (utviklet av Jack Annon)



- P** = Permission
LI = Limited Information
SS = Specific Suggestions
IT = Intensive Therapy

For fastlegen kan det altså ofte være tilstrekkelig «å gi en P»; å signalisere til pasienten at det er «lov» å ha overgrepserfaringer, og at det er lov å snakke om dem. I praksis kan dette kanskje gjøres omtrent slik: *«Jeg vet at mange som sliter med (den type problematikk som er aktuell) har opplevd vanskelige ting i oppveksten sin, som seksuelle overgrep eller andre former for grensekrenkelser. Jeg vet jo ikke om dette gjelder for deg, men vil gjerne du skal vite at jeg er åpen for å snakke om det hvis det er aktuelt for deg – enten nå med en gang, eller kanskje neste gang vi snakkes.»*

Ved å formulere deg slik, oppnår du følgende: Du begynner med å si at du har kunnskap om dette. Videre normaliserer du slike erfaringer, ved å si at dette gjelder mange – pasienten er ikke alene om å ha slike erfaringer. Du understreker at du ikke vet om dette gjelder pasienten, og gir dermed pasienten mulighet til å velge om han/hun vil gå inn i dette eller avvise temaet som irrelevant. Deretter viser du at du er tilgjengelig for pasienten, og du overlater til pasienten å velge når han/hun vil ta opp temaet. For noen kan det være best å få tid til å forberede seg før et slikt tema tas opp, for andre er det kanskje slik at de har ventet lenge på en mulighet til å sette ord på dette, og derfor vil oppleve det som en avvisning å ikke få snakke om det med en gang.

Det er svært viktig at du følger opp en slik åpning. Dersom pasienten ønsker å utsette samtalen til neste avtale, er det avgjørende at du faktisk tar opp temaet igjen da, gjerne helt i starten av konsultasjonen. Dersom pasienten ønsker å snakke om det med en gang, er det viktig at du faktisk gjennomfører det. Si gjerne hvor lang tid dere har til rådighet, slik at pasienten kan regulere seg etter det. Som sagt er det ofte til god hjelp bare å få lov til å sette noen ord på sine opplevelser, og at den man forteller til tar imot på en god måte. Ikke vær redd for å stille konkrete spørsmål, men understrek samtidig at det er pasienten selv som velger om han/hun vil svare eller ikke. Noen kartleggingsspørsmål kan være *«Hvem var overgriper? Hvor gammel var du? Skjedde det én eller flere ganger? Hvem har du fortalt dette til? Hvordan reagerte de?»* Dersom dere har liten tid denne dagen, kan det være bra å tilby pasienten å snakke videre om temaet neste gang hvis han/hun ønsker det. Igjen er det da naturligvis viktig å følge opp. Ikke lov mer enn du kan holde.

Etter å ha tatt imot informasjonen, tenker vi det er viktig å anerkjenne og støtte pasienten, og å ha fokus på veien videre. Si for eksempel: *«Takk for tilliten du viste meg ved å fortelle om denne delen av historien din! Dette var nyttig informasjon for meg, som gjør at jeg forhåpentligvis kan hjelpe deg på en bedre måte. Hvordan tenker du at jeg kan hjelpe deg videre nå?»*

Dersom det er behov for mer hjelp kan det være godt for mange overgrepsofsatte å få vite om sitt nærmeste incestsenter, hvor de kan møte andre med tilsvarende historier og få snakke med ansatte som vet mye om temaet (FAKTABOKS 2). Utover dette kan det være naturlig å henvise videre til psykolog/psykiater/DPS, på samme måte som hvis det hos pasienter kommer fram psykiske problemer av andre grunner.

FAKTABOKS 2

Steder å få hjelp og informasjon – voksne:

NASJONALT KOMPETANSENTER OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS (NKVTS): www.nkvts.no

REGIONALE KUNNSKAPSENTER (RVTS): se oversikt på NKVTS sine nettsider

FELLESKAP MOT SEKSUELLE OVERGREP, PARAPLYORGANISASJON FOR LANDETS INCESTSENTER: www.fmsso.no

REGIONALE INCESTSENTER: se oversikt på FMSO sine nettsider

LANDSDEKKENDE, DØGNÅPEN INCESTTELEFON: 800 57 000. www.incest80057000.no

Hvordan ta vare på deg selv?

Det kan være belastende å ta imot informasjon om overgrep. Derfor er det viktig at du er klar over dette, og tar forhåndsregler for å ta vare på deg selv slik at du unngår sekundærtraumatisering. Dersom du føler deg overveldet der og da i samtalsituasjonen, kan det være til god hjelp å bruke noen enkle «jordingsteknikker»; for eksempel å fokusere på din egen kropp og hvordan den møter underlaget du sitter og har føttene på. Du kan også velge å fokusere på pusten din og hvordan den kjennes i kroppen, eller å flytte fokus til noe i rommet, for eksempel noe med en sterk farge. Poenget er ikke å slutte å høre etter på hva pasienten forteller; snarere å fortsette å lytte, men med litt distanse, slik at du ikke blir overveldet av følelser.

Dersom du opplever at du er preget av samtalen etter at den er avsluttet, bør du snakke med noen om dette. Unngå å gi videre detaljer som har skaket deg opp – da gir du bare problemene videre til den du snakker med. Fokuser i stedet på hva dette har gjort med deg, og beskriv de følelsene og tankene det har satt i gang hos deg. Søk gjerne råd om hvordan du skal håndtere dette videre, slik at du føler deg bedre rustet til neste samtale. Her kan for eksempel ditt nærmeste incestsenter eller ditt regionale Ressurssenter om vold og traumatisk stress være mulige kilder til hjelp.

Referanser/litteratur

1. Johnson, C. F. Child sexual abuse. *Lancet* 2004; 364: 462–70.
2. Norsk Elektronisk Legehåndbok (2001/2009). Seksuelle overgrep mot barn. Tilgjengelig: <http://www.legehandboka.no.proxy.helsebiblioteket.no/asp/document.asp?id=1049>

3. LOV 1902-05-22 nr 10: Almindelig borgerlig Straffelov (Straffeloven). Tilgjengelig: <http://lovdata.no/all/hl-19020522-010.html#206>
4. Mossige, S. og Stefansen, K., red. (2007). Vold og overgrep mot barn og unge: En selvrapporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), Rapport 20/07. Tilgjengelig: <http://nova.no/index.gan?id=15747&subid=0>
5. Finkelhor, D. (2008). *Childhood Victimization: Violence, Crime, and Abuse in the Lives of Young People*. New York, Oxford University Press.
6. Borgen, G. et al. (2007). Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge – kunnskapsstatus 2007. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, Seksjon barn og unge (publikasjon). Tilgjengelig: http://nkv-web01.osl.basefarm.net/biblioteket/Publikasjoner/Seksuelle_fysiskeprosent20overgrep_barn_Kunnskapsstatus.pdf
7. Kirkengen, A. L. (2009). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. (2. utg.) Oslo, Universitetsforlaget.
8. Annon, J. S. (1976). The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education & Therapy* 1976; 2:1–15.
9. Sosial- og helsedirektoratet (2002). Seksuelle overgrep mot barn: En veileder for hjelpeapparatet. (Publikasjon.) Tilgjengelig: http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/seksuelle_overgrep_mot_barn_en_veileder_for_hjelpeapparatet_2794

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
gry.kristin.lia@helse-bergen.no / kathrine@smih.no
Kontaktinfo SMIH:
www.smih.no – post@smih.no – tlf. 55 90 49 90

Vaksiner – et problem!

Noen fagfolk sier
at vaksiner
er effektive
og trygge,
andre er ikke
enige,
noen sier vi bør
ta vaksiner,
andre sier vi bør
la være,
noen sier
situasjonen er
veldig alvorlig,
andre sier
det er
hysteri,
men alle er
enige om
at det er ikke
greit
å drikke whisky
gjennom
munnbind

Sandy Lunøe

Hepatitt C i Norge 2009,

underdiagnostisert og underbehandlet

Fastlegen har en viktig rolle

AV EVEN REINERTSEN

Forekomst og prognose

Hepatitt C er et globalt helseproblem. WHO regner med at ca 170 millioner mennesker er bærere av hepatitt C-virus (HCV). Det er store nasjonale forskjeller fra høyendemiske land som Egypt (25 prosent) og land i Sørøst-Asia (5–10 prosent) til Norge med anslagsvis 20–30 000 bærere (omkring 0,7 prosent) (1, 2). Intravenøst stoffmisbruk, dvs. sprøyte-deling, er den dominerende årsak til smitte i Norge og i Vesten. I Norge er de fleste med kronisk hepatitt C under 50 år.

Hepatitt C har varierende forløp og prognose. Det er derfor vanskelig å si hvor farlig hepatitt C er for den enkelte pasient. Utvikling av kronisk hepatitt C med senkomplikasjoner i form av levercirrhose, leversvikt og levercancer er de viktigste konsekvenser av infeksjonen.

Studier viser at så mange som 20–50 prosent av de som blir smittet med hepatitt C spontant kvitter seg med viruset (3). Men de fleste beholder hepatitt C-antistoffer og vil ha positiv screeningtest antakelig resten av livet. De 50–80 prosent med kronisk infeksjon progredierer langsomt, og opp til 25 prosent av disse vil ha normale transaminaser og vedvarende lette betennelsesforandringer i lever. Selv en stor del av pasientene med forhøyede levertall har lette til moderate leverforandringer i lang tid. Samtidig er det en del som utvikler cirrhose selv om de har normale transaminaser.

Vi kan forvente at 10–15 prosent av pasienter med kronisk hepatitt C smittet i ung alder etter 20 år utvikler alvorlig fibrose eller cirrhose og at antallet gradvis øker med økende infeksjonstid. Leverrelatert dødelighet hos stoffmisbrukere med kronisk hepatitt C ligger sannsynligvis omkring fem prosent etter 35 år. Hva som skjer etter 30–35 år – når pasientene er 50–60 år gamle – kjenner vi ikke godt nok til.

Uten effektiv behandling vil mange av de som får cirrhose, enten dø av sin leversykdom eller trenge levertransplantasjon. Barn og unge kvinner utvikler cirrhose langsommere, kun to til fire prosent etter 20 år.



Even Reinertsen

Født 1954, utdannet i Ulm, Tyskland. Jobbet på Gjøvik sykehus fra 1983. 2 år på Statens klinikk for narkomane på Hov i Land fram til 1988. Overlege på medisinsk avdeling på Gjøvik fra 1994, spesialist i infeksjonssykdommer 2000.

Målet med hepatitt C-behandling er å unngå levercirrhose, levercancer og dekompensert leversvikt, som er potensielle trusler for alle med kronisk hepatitt C. Men ikke alle vil få disse komplikasjonene, og dagens behandling er ofte langvarig og beheftet med betydelige bivirkninger.

Behandlingsindikasjon

To faktorer står sentralt i vurdering av behandlingsindikasjon:

- Hvilken genotype pasientens HCV har, som sier noe om muligheten for å lykkes med behandlingen.
- Risiko for og tegn på leverskade / cirrhoseutvikling. Sykehistorie, kliniske funn, blodprøver, ultralyd av lever og eventuelt leverbiopsi er vesentlig for å bedømme risiko for utvikling av (lever)sykdom.

I Norge har de fleste pasienter (ca 70 prosent) HCV **genotype 2 eller 3**, som svarer godt på behandling. 80–90 prosent av de som klarer å gjennomføre behandlingen, blir varig kvitt viruset. Behandlingstiden er standardisert til 24 uker. Men mange svarer raskt på behandling og er virusfrie etter fire uker, og av disse blir nesten alle kurert med 12–16 ukers behandling.

Ca 30 prosent av norske og rundt 70 prosent av amerikanske og søreuropeiske pasienter har **genotype 1**, som er vanskeligere å kurere. Det samme gjelder for genotype 4 (og 6) som er sjelden i Norge, men hyppig i henholdsvis Egypt og noen land i Asia. Kun ca 50 prosent blir varig virusfrie etter



Intravenøst stoffmisbruk er den dominerende årsaken til hepatitt C-smitte i Norge. ILLUSTRASJONSFOTO: DUŠAN ŽDAR

12 måneders behandling. Hos pasienter med genotype 1 som svarer raskt på behandlingen og blir virusfrie etter 4 uker, vil noen kunne klare seg med 6 måneders kur. På grunn av den ulike behandlingsresponsen for de ulike genotypene, er behandlingsindikasjonen liberal for geno-

type 2 og 3, men strengere for genotype 1 og 4. Ofte er det ved genotype 1 ønskelig med leverbiopsi for å vurdere prognose. Hvis leverforandringene er beskjedne, vil de fleste anbefale å utsette behandling, men vurdere det igjen om tre til fem år. Vi har i mange år ventet på bedre behand-

lingsalternativer for genotype 1, og først det siste året har det kommet lovende signaler om dette.

Akutt hepatitt C oppdages sjelden fordi om lag 80 prosent av pasientene gjennomgår den akutte fasen uten kliniske symptomer. Dersom pasienten ikke viser tegn til å kvitte seg med HCV i den akutte fasen, er det indikasjon for å vurdere behandling allerede på dette tidspunkt (4).

OPPSUMMERING OM BEHANDLINGSINDIKASJON:

- Indikasjon for behandling må vurderes individuelt.
- Det er lett å behandle genotype 2 og 3, kort behandlingstid (12–16 uker) kan være nok.
- Det er vanskelig å behandle genotype 1 og 4, selv med 12 måneders behandling blir kun rundt halvparten kurert. Leverbiopsi er ofte nødvendig i utredningen.

Utredning

Fastlegen bør teste alle med kjent intravenøst stoffmisbruk, og alle som tidligere har brukt stoff i sprøyter, for hepatitt A, hepatitt B, hepatitt C og HIV. Opp til 80 prosent av intravenøse stoffmisbrukere i Norge er smittet av hepatitt C, og smitten kom trolig inn i dette miljøet tidlig på 1970-tallet (Knut Boe Kiehlend, pers. meddelelse). Det er økt forekomst av hepatitt C blant grupper av innvandrere og i mindre grad blant menn som har sex med menn. Pasienter med kronisk hepatitt C risikerer mer alvorlig forløp av hepatitt A og B og bør derfor tilbys vaksine mot hepatitt A og hepatitt B.

Ved utredning av forhøyet ALAT bør det spørres om intravenøs stoffbruk, og antistoff mot hepatitt C-virus (anti-HCV) bør uansett være en del av utredningen. Hos 15–20 prosent av personer med hepatitt C-antistoff får man ikke fram risikofaktorer for HCV-smitte (5).

Et viktig poeng er at alle som får påvist anti-HCV, må undersøkes videre med genteknologisk metode (polymerase chain reaction, PCR), for å se om de er kroniske bærere av hepatitt C, eller om de er av de 20–50 prosent som har kvittet seg med viruset på egenhånd. Dette må gjøres av allmennlegen før pasienter henvises videre.

En del mikrobiologiske laboratorier gjør rutinemessig HCV-PCR når anti-HCV testen er positiv, andre laboratorier trenger en ny prøve for å gjøre PCR. En negativ hepatitt C polymerase chain reaction (HCV-PCR) må gjentas, fordi det en sjelden gang forekommer lavgradig viremi rundt deteksjonsgrensen. Mikrobiologiske laboratorier

anbefaler tre negative PCR-prøver for sikkert å utelukke lavgradig viremi. I praksis vil de fleste som behandler hepatitt C slå seg til ro med to negative HCV-PCR.

Alle med positiv HCV-PCR bør vurderes med tanke på behandling. Hvis pasienten ikke er i aktivt rusmisbruk, har alvorlig psykisk lidelse, er gravid eller på annen måte har opplagte grunner til ikke å skulle behandles, bør hun/han henvises til videre utredning hos spesialist. Det er i Norge enten infeksjons- eller gastromedisiner, avhengig av lokale forhold og tradisjoner. Enkelte barneleger har startet å behandle barn med HCV-infeksjon.

Nødvendig informasjon når vi vurderer behandlingsindikasjon og eventuelle kontraindikasjoner, er pasientens livssituasjon, kroniske sykdommer (revmatisk, nevrologisk, psykiatrisk), alkoholbruk, rusproblematikk og eventuelle medikamenter.

På sykehuset tas genotyping og kvantitering av virus, som analyseres ved mikrobiologiske laboratorier ved regionsykehus. I tillegg tas utvidede leverprøver, en del prøver for å utelukke annen leversykdom (ANA, AMA, ASMA og alfa fetoprotein, AFP). Ultralyd av lever bestilles, hvis det ikke er gjort av fastlege. I ultralydhenvisningen spørres det om fettinfiltrasjon, fibrose / cirrhotetegn og etter fokale forandringer, spesielt tumor.

Avhengig av genotype, eventuelle cirrhotetegn eller cancermistanke, bestilles i neste omgang leverbiopsi. Biopsi er sjelden nødvendig ved genotype 2 og 3. Fibroscan er en ikke-invasiv metode for å vurdere fibrose og cirrhose. Den brukes mye på kontinentet. Erfaringene med den er gode, men den er lite brukt i Norden, og i Norge brukes den foreløpig bare på Aker universitetssykehus.

Behandling og bivirkninger

Behandlingen av hepatitt C er i dag ukentlige subkutane injeksjoner av pegylert interferon, kombinert med daglig ribavirin tabletter morgen og kveld. Det er to ulike pegylerte interferoner på markedet, peg-INF alfa-2a (Pegasys)

Hva bør gjøres hos fastlegen:

- Anti-HCV og HCV-PCR. Serologiske prøver på HIV, hepatitt A og hepatitt B.
- ASAT, ALAT, bilirubin, alp, Hb, hvite med differensialtelling, trombocytter, Na, K, kreatinin, albumin, INR, FT4, TSH. Eventuelt ultralyd av lever.
- Vurdering av om pasienten skal henvises (se forutsetninger og kontraindikasjoner). Etter gjennomført behandling kontroll av HCV-PCR.

og peg-INF alfa-2b (Pegintron). De regnes for likeverdige og leveres i ferdig fylte penner i pakninger på fire.

De fleste pasientene får opplæring på poliklinikken og setter sprøytene selv. Enkelte får dem satt av hjemmesykepleien, hos fastlegen eller på poliklinikken. For pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) anbefales vanligvis at sprøytene settes av helsepersonell.

Genotype er en viktig prediktor for vellykket behandling og bestemmer også i stor grad lengden av behandling og ribavirindosering. Ved genotype 1 og 4 gir man høyere dose ribavirin enn ved genotype 2 og 3. Høy alder (> 40 år), høy vekt, uttalt leverfibrose og høye virustall er korrelert til dårligere behandlingsrespons. Hvor raskt man blir virusfri, sier mye om sjansene for å bli kurert og er med på å bestemme lengden på behandlingen. De som blir virusfrie fire uker etter behandlingsstart, har såkalt rapid virus response (RVR), som er en viktig prediktor både for vellykket behandling og mulighet for kortere behandlingstid (se avsnitt om hvem som skal behandles).

Behandling med pegylert interferon og ribavirin har ofte betydelige bivirkninger. De fleste bivirkninger skyldes interferon, mens anemi er en vanlig bivirkning av ribavirin. Alvorlige depressive reaksjoner forekommer og enkelte selvmord har forekommet. Antidepressiv medikasjon kan være indisert. Ved alvorlig anemi kan erytropoietinbehandling være aktuelt. Tett oppfølging med prøvetaking og vurdering av dosejustering og eventuell seponering, er nødvendig.

De fleste på behandling får feber og muskelsmerter i dagene etter injeksjon, mange får i økende grad asteni og blir irritable, ca 10 prosent får hypo- eller hypertyreose. Kløe, sår hud og slimhinneaffeksjon er vanlig, og enkelte får uttalt hårfall. Ribavirinbehandling medfører fare for fosterskade, derfor skal sikker prevensjon benyttes under behandling av både kvinner og menn og i seks måneder etter behandling.

For å klare å gjennomføre behandlingen med plager over lang tid, er pasientens motivasjon avgjørende. Det er viktig at pasientene informeres godt om muligheter og begrensninger ved behandlingen. De bør ha et realistisk bilde av hvor farlig det er å ha kronisk hepatitt uten å behandles, og et realistisk bilde av mulighetene for å bli kurert med den behandling vi har nå. Alle må informeres om bivirkninger og ha en oppfølging under behandlingen som kan fange opp alvorlige hendelser. De første fire uker bør oppfølgingen være tett med klinisk kontroll og blodprøver hver 14. dag. Det bør vurderes om aleneboende eller spesielt sår-

Forutsetninger for behandling:

- Rusfrihet i minimum 6 måneder
- Ordnete psykososiale forhold
- Motivasjon
- Ingen medisinske kontraindikasjoner

Kontraindikasjoner:

- Graviditet eller planlagt graviditet, manglende vilje til bruk av prevensjon
- Dekompensert leversykdom
- Barn under 3 år
- Organtransplantasjon
- Pågående alvorlig rusmisbruk
- Malign sykdom (relativ)
- Ustabil coronar hjerte- eller lungesykdom (relativ)
- Manifest autoimmun sykdom (relativ)
- Alvorlig psykiatrisk sykdom, spesielt depresjon (relativ)
- Ikke velregulert thyreoideasykdom (relativ)
- Ikke velregulert diabetes (relativ)
- CNS-dysfunksjon / epilepsi (relativ)

bare personer skal tilbys telefonkontakt ukentlig de første ukene. Vanligvis vil kontrollene være på sykehuspoliklinikken, men en del av kontrollene kan med fordel være hos fastlege. Pasienter i LAR krever et klart og strukturert samarbeid mellom spesialistpoliklinikk, fastlege og personale i LAR-systemet.

Nærmeste pårørende, og noen ganger arbeidsgiver, bør være informert om de mulige plager og farer som behandling kan føre med seg. Ca 30 prosent må sykemeldes helt eller delvis under behandling. Kvaliteten på indikationsstilling og oppfølging under behandling betyr mye for hvorvidt pasientene greier å gjennomføre behandlingen. Vanligvis benyttes minst to konsultasjoner før man tar endelig stilling til indikasjon.

Avsluttende momenter

Alkohol

Pasienter med kronisk virushepatitt bør være meget forsiktig med alkohol. Det er klar sammenheng mellom alkoholbruk og utvikling av leverskade. Grensen for skadelig bruk for denne gruppen pasienter er lavere enn hos andre, og råd om totalavhold kan forsvares.

Sex

Seksuell smitte av hepatitt C er ingen viktig smittevei. Det er gjort store studier på par der bare den ene er smittet og som ikke har brukt kondom. Det er svært få seksualpartnere som blir smittet (6). Offisielle råd i Norge er at bruk av kondom ikke er nødvendig i faste parforhold, mens man

med hepatitt C og flere seksualpartnere bør bruke kondom. Dette er ikke uten videre logisk, men man vet at blodsmittevirus lettere overføres seksuelt hvis man har kjønns sykdom med eller uten sår (klamydia, herpes). Risiko for koinfeksjoner øker med antall partnere. Man har de senere år sett utbrudd i en del utenlandske storbyer av hepatitt C hos menn som har sex med menn og knytter dette til ubeskyttet analsex. Usmittede seksualpartnere til personer med hepatitt C må informeres om at seksuell smitterisiko er liten, for så å kunne velge hvilken konsekvens man tar av det.

Er hepatitt C underbehandlet?

Norske undersøkelser tyder på at ca fem prosent av hepatitt C-pasientene får cirrhose etter 20 år (7,8). Utover dette vet vi lite om hvor farlig det er å ha kronisk hepatitt C. Det er få data å støtte seg til. Enkelte fagfolk mener at farene ved å ha kronisk hepatitt C overdrives for mange pasienter, spissformulert at hepatitt C hovedsakelig er et psykologisk problem.

Pasientens motivasjon for behandling er avgjørende. Den potensielle helsefaren ved å ha en livslang kronisk leverbetennelse, er beheftet med usikkerhet og betyr for mange unge bærere relativt lite. Viktigere er ofte tre momenter:

- Barneønske hos kvinner som ikke vil utsette barnet for den 5–10 prosent risiko det er for smitteoverføring under svangerskap og fødsel. (Amming er greit for mødre med hepatitt C).
- Usikkerhet og skamfølelse, spesielt hos de som søker (sex)partner.
- Ønske hos tidligere misbrukere om å kvitte seg med et tydelig tegn på en tid de skammer seg over.

De siste to momentene dreier seg om trygghet og verdighet. Mange pasienter er godt informert om hepatitt C og veldig motivert for behandling. Pasientmedbestemmelse veier da tungt i vurderingen om det er indikasjon for behandling. Uavhengig av genotype bør pasienter med begynnende cirrhose eller uttalt fibrose og antatt dårlig prognose uten behandling, få tilbud om behandling hvis de ikke har klare kontraindikasjoner.

Pasienter i LAR er til nå i liten grad behandlet for hepatitt C i Norge. Alt tyder på at antall personer i LAR vil øke her

i landet. Utenlandske og noen norske erfaringer tyder på at mange da har god nytte av hepatitt C-behandling (9). Mange som sitter i fengsel har kronisk hepatitt C. Dette er en gruppe som til nå i liten grad har blitt vurdert med tanke på behandling.

Konklusjon

- Med en prevalens på 0,7 prosent er det sannsynligvis mange med udiagnostisert hepatitt C i Norge.
- Mange har påvist antistoffer mot hepatitt C og tror de er bærere, uten at det er gjort PCR. De må få tatt PCR og få avklart om de er bærere.
- Pasienter som har fått påvist hepatitt C i PCR, må vurderes med tanke på behandling. De som ikke har klare kontraindikasjoner skal henvises til spesialist.
- Flere pasienter i LAR bør utredes og trolig behandles for hepatitt C.

Det arbeides nå med nye norske behandlingsretningslinjer for hepatitt C, som vil bli publisert tidlig i 2010. Det vil kunne øke oppmerksomheten omkring diagnose og behandling av hepatitt C i spesialisthelsetjenesten. Økt interesse blant fastleger er også ønskelig, sammen med et bedre strukturert samarbeid mellom fastlegekontorene og sykehuspoliklinikkene om pasienter med hepatitt C.

Takk til professor Bjørn Myrvang på infeksjonsavdelingen på Ullevål universitetssykehus for kritisk gjennomlesning og kommentarer til manus.

Referanser

1. Hepatitis C factsheet. Geneva:WHO. 2009. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/.
2. Dalgard et al Tidsskr Nor Lægeforen. 200 Mar 30; 120(9): 1006–8
3. Seef LB. The history of the «natural history» of hepatitis C (1968–2009) Liver Int 2009, 29 Suppl 1:88–89
4. Referensgruppen for Antiviral Terapi (RAV) Lækemiddelsbehandling av kronisk hepatitt C hos vuxna och barn 2008. www.infektion.net
5. Vandelli Am J gastroenterol, 2004
6. Florholmen (Universitetssykehuset i Nord-Norge) upublisert
7. Kristensen Ø et al Korttids hepatitt C-behandling av heroin-avhengige pasienter Tidsskr Nor Lægeforen 2009, 129: 1639–42.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: Even.Reinertsen@sykehuset-innlandet.no

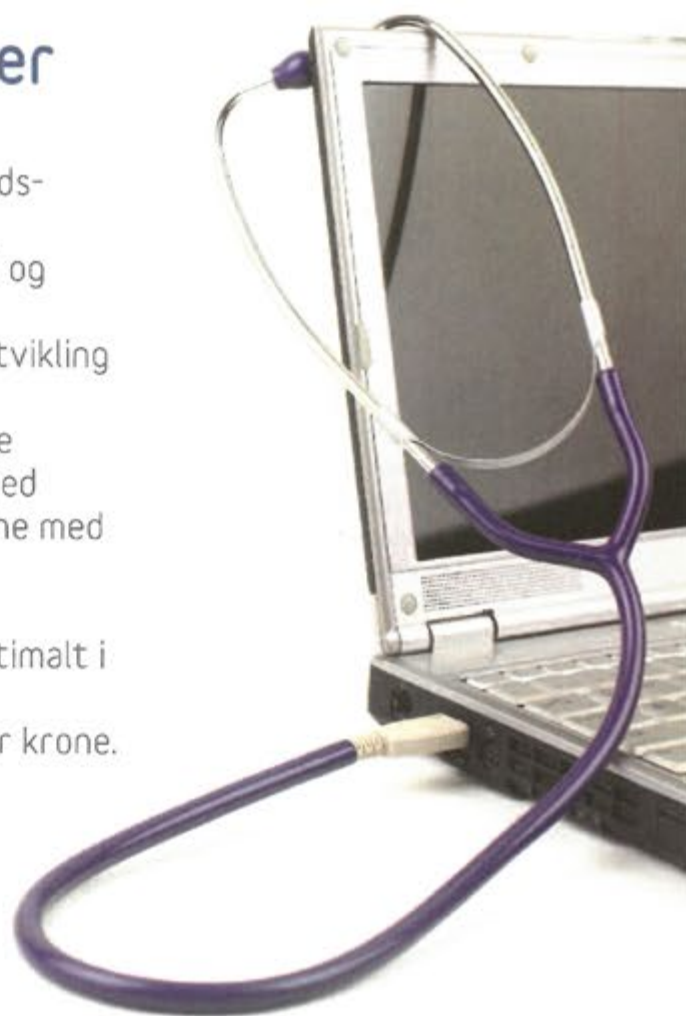


Vi gir helsevesenet IT-løsninger som fungerer

Gjennom vår 20-årige historie og store markedsandeler med mer en 43.000 brukere, har vi opparbeidet solid kompetanse innen teknologi og helsefag.

Med dette som utgangspunkt for design og utvikling av våre løsninger leverer vi teknologi som understøtter effektive arbeidsprosesser. Våre spesialiserte løsninger utvikles i tett dialog med brukergrupper fra de ulike helsefaglige miljøene med spisskompetanse innen sine fagområder.

Dette betyr at våre IT-løsninger fungerer optimalt i et helse-faglig perspektiv, og effektiviserer administrative rutiner som gir mer helse i hver krone.



med hepatitt C og flere seksualpartnere bør bruke kondom. Dette er ikke uten videre logisk, men man vet at blodsmittetvirus lettere overføres seksuelt hvis man har kjønnsykdom med eller uten sår (klamydia, herpes). Risiko for koinfeksjoner øker med antall partnere. Man har de senere år sett utbrudd i en del utenlandske storbyer av hepatitt C hos menn som har sex med menn og knytter dette til ubeskyttet analsex. Usmittede seksualpartnere til personer med hepatitt C må informeres om at seksuell smitterisiko er liten, for så å kunne velge hvilken konsekvens man tar av det.

Er hepatitt C underbehandlet?

Norske undersøkelser tyder på at ca fem prosent av hepatitt C-pasientene får cirrhose etter 20 år (7,8). Utover dette vet vi lite om hvor farlig det er å ha kronisk hepatitt C. Det er få data å støtte seg til. Enkelte fagfolk mener at farene ved å ha kronisk hepatitt C overdrives for mange pasienter, spissformulert at hepatitt C hovedsakelig er et psykologisk problem.

Pasientens motivasjon for behandling er avgjørende. Den potensielle helsefaren ved å ha en livslang kronisk leverbetennelse, er beheftet med usikkerhet og betyr for mange unge bærere relativt lite. Viktigere er ofte tre momenter:

- Barneønske hos kvinner som ikke vil utsette barnet for den 5–10 prosent risiko det er for smitteoverføring under svangerskap og fødsel. (Amming er greit for mødre med hepatitt C).
- Usikkerhet og skamfølelse, spesielt hos de som søker (sex)partner.
- Ønske hos tidligere misbrukere om å kvitte seg med et tydelig tegn på en tid de skammer seg over.

De siste to momentene dreier seg om trygghet og verdighet. Mange pasienter er godt informert om hepatitt C og veldig motivert for behandling. Pasientmedbestemmelse veier da tungt i vurderingen om det er indikasjon for behandling. Uavhengig av genotype bør pasienter med begynnende cirrhose eller uttalt fibrose og antatt dårlig prognose uten behandling, få tilbud om behandling hvis de ikke har klare kontraindikasjoner.

Pasienter i LAR er til nå i liten grad behandlet for hepatitt C i Norge. Alt tyder på at antall personer i LAR vil øke her

i landet. Utenlandske og noen norske erfaringer tyder på at mange da har god nytte av hepatitt C-behandling (9). Mange som sitter i fengsel har kronisk hepatitt C. Dette er en gruppe som til nå i liten grad har blitt vurdert med tanke på behandling.

Konklusjon

- Med en prevalens på 0,7 prosent er det sannsynligvis mange med udiagnostisert hepatitt C i Norge.
- Mange har påvist antistoffer mot hepatitt C og tror de er bærere, uten at det er gjort PCR. De må få tatt PCR og få avklart om de er bærere.
- Pasienter som har fått påvist hepatitt C i PCR, må vurderes med tanke på behandling. De som ikke har klare kontraindikasjoner skal henvises til spesialist.
- Flere pasienter i LAR bør utredes og trolig behandles for hepatitt C.

Det arbeides nå med nye norske behandlingsretningslinjer for hepatitt C, som vil bli publisert tidlig i 2010. Det vil kunne øke oppmerksomheten omkring diagnose og behandling av hepatitt C i spesialisthelsetjenesten. Økt interesse blant fastleger er også ønskelig, sammen med et bedre strukturert samarbeid mellom fastlegekontorene og sykehuspoliklinikkene om pasienter med hepatitt C.

Takk til professor Bjørn Myrvang på infeksjonsavdelingen på Ullevål universitetssykehus for kritisk gjennomlesning og kommentarer til manus.

Referanser

1. Hepatitis C factsheet. Geneva:WHO, 2009. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/.
2. Dalgard et al Tidsskr Nor Lægeforen. 200 Mar 30; 120(9): 1006–8
3. Seef LB. The history of the «natural history» of hepatitis C (1968–2009) Liver Int 2009, 29 Suppl 1:88–89
4. Referensgruppen for Antiviral Terapi (RAV) Lackemedelsbehandling av kronisk hepatitt C hos vuxna och barn 2008. www.infektion.net
5. Vandelli Am J gastroenterol, 2004
6. Florholmen (Universitetssykehuset i Nord-Norge) upublisert
7. Kristensen Ø et al Korttids hepatitt C-behandling av heroin-avhengige pasienter Tidsskr Nor Lægeforen 2009, 129: 1639–42.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: Even.Reinertsen@sykehuset-innlandet.no

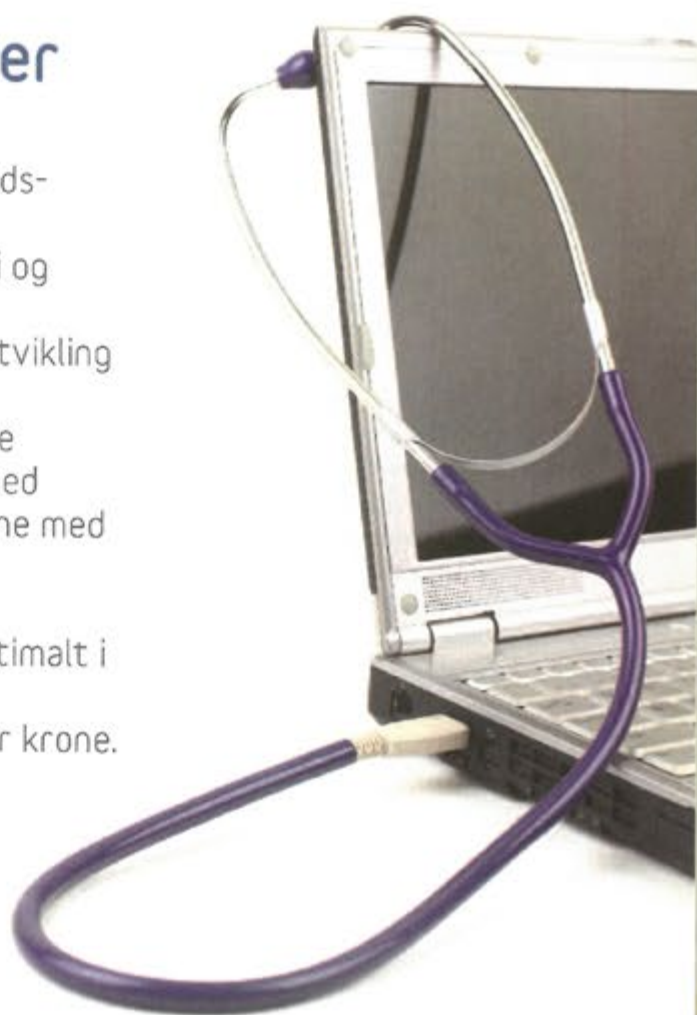


Vi gir helsevesenet IT-løsninger som fungerer

Gjennom vår 20-årige historie og store markedsandeler med mer en 43.000 brukere, har vi opparbeidet solid kompetanse innen teknologi og helsefag.

Med dette som utgangspunkt for design og utvikling av våre løsninger leverer vi teknologi som understøtter effektive arbeidsprosesser. Våre spesialiserte løsninger utvikles i tett dialog med brukergrupper fra de ulike helsefaglige miljøene med spisskompetanse innen sine fagområder.

Dette betyr at våre IT-løsninger fungerer optimalt i et helse-faglig perspektiv, og effektiviserer administrative rutiner som gir mer helse i hver krone.



Matoverfølsomhet og funksjonelle mage-tarmsykdommer: Hvilke punkter er viktige

AV GÜLEN ARSLAN LIED

Rundt 4–10 prosent av konsultasjonene hos allmennpraktikere involverer pasienter med uforklarlige gastrointestinale plager. De fleste kalles funksjonelle mage-tarmsykdommer, enten irriterbar tarm (irritable bowel syndrome – IBS) eller



Gülen Arslan Lied

Dr. med. Gülen Arslan Lied er spesialist i indre medisin og er under subspesialisering i fordøyelsessykdommer (50% stilling) ved Seksjon for Gastroenterologi, Medisinsk avdeling, Haukeland Universitetssykehus. I tillegg har hun 50% postdoc-stilling ved Universitetet i Bergen. Hun disputerte for doktorgraden i 2004, emne «Subjektiv matoverfølsomhet: patofysiologi, symptomer og diagnostiske metoder».

funksjonell dyspepsi. Ingen av de to tilstandene har en klar organisk årsak som kan forklare symptomene. Matoverfølsomhet er også en vanlig tilstand og forekomsten har økt betydelig de siste 10 årene. Symptomene kan være like. Mange pasienter med IBS har matoverfølsomhet og de fleste med matoverfølsomhet har IBS. De to tilstander går egentlig hånd i hånd. Likevel kan noen forskjeller fanges opp i en detaljert sykehistorie, og dette kan være viktig med tanke på utredning og håndtering av disse pasientene. Denne artikkelen kan gi en pekepinn til leger om hvordan de skal håndtere disse pasientene og hvilke punkter som er viktig under konsultasjoner på legekontoret.

Matoverfølsomhet

Overfølsomhet er en type reaksjon mot en eller flere typer matvarer som kan forekomme via immunologiske eller ikke-immunologiske mekanismer. Selv om nesten hver fjerde nordmann rapporterer om unormale reaksjoner på en eller flere typer matvarer, så er det bare en til to prosent av voksne som får diagnostisert matallergi. Det er viktig å skille mellom allergi og andre årsaker (funksjonelle og organiske forstyrrelser i tarmen), men både pasientene og legene opplever ofte at dette kan være vanskelig.

Begrepet matoverfølsomhet brukes for alle typer unormale reaksjoner på mat, som for eksempel reaksjoner på tilsetningsstoffer i mat, bivirkninger av medikamenter og psykiske reaksjoner. Matallergi kan være IgE-mediert eller ikke-IgE-mediert (FIGUR 1) (1). IgE-mediert reaksjon er en velkjent, akutt, umiddelbar reaksjon som kommer i løpet av noen minutter (type I-reaksjon). Ikke-IgE-mediert matallergi skal også være en immunologisk reaksjon, men reaksjo-

nen kan komme via celler. Her spiller immunologisk «sensibiliserte» lymfocytter en betydelig rolle (2). Dette er en sein, type IV-reaksjon, og symptomene kan komme etter to til 24 timer. En ikke-immunologisk reaksjon på mat, tidligere kalt matintoleranse, betegnes nå som ikke-allergisk matoverfølsomhet.

Det er de IgE-medierte matreaksjonene som er best kjent og har størst klinisk betydning på grunn av sin potensielt alvorlige, til dels livstruende karakter. IgE-mediert matallergi kan lettere bekreftes med hudpricktest og/eller mat-spesifikk IgE i serum. Problemet hos de fleste av pasientene er å skille mellom ikke-IgE-mediert matallergi og ikke-allergisk matoverfølsomhet (matintoleranse). Ved begge tilstander kan dobbel-blind matvare provokasjonstest være positiv og hudpricktest /mat-spesifikk IgE være negative. Per i dag har vi dessverre ikke gode nok tester som kan skille mellom de to reaksjonene.

ved første konsultasjon?

Vi har også valgt å kalle det «subjektiv matoverfølsomhet» hos noen pasienter fordi det ikke ble påvist objektivt at det er maten som er årsak til de gastrointestinale plagene (3).

Funksjonelle mage-tarmsykdommer

Irritabel tarm (IBS) er den mest vanlige. I den vestlige verden har forekomsten økt til 20 prosent. Symptomene er karakterisert ved oppblåsthet, magesmerter og vekslende avføringsmønstre i form av diaré og forstoppelse. Patofysiologiske årsaker er fremdeles ukjent, men de siste forskningsstudiene har fokus på sammenhengen mellom nerve-nettverk og immunologisk nettverk inn i tarmen (4). Dette kan forklares med to begrepsmessige modeller som tarm- og hjernemodeller. Bakteriene i tarmen, mukosal immunologisk aktivering, lavgradig inflammasjon (postinfeksiøs tilstand), visceral sensitivitet og motilitetsforstyrrelse kan spille en rolle på tarmnivå, stress og psykologiske faktorer på hjernenivå.

Psykologiske faktorer:

Assosiasjon mellom fysisk og/eller seksuelt traume i barndommen (posttraumatisk stressyndrom) og senere utvikling av IBS er kjent. I tillegg er andre psykiske forstyrrelser som depresjon, angst, panikk og fobiske tilstander, somatisering og mestringsproblemer hos pasienter med IBS vel beskrevet i litteraturen (5). Alle typer stress (fysisk, psykisk og immunologisk) kan aktivere hypothalamus-hypofyse-binyrebarksystemet og sympatikus-binyremargsystemet. Det som skjer i hjernen påvirker resten av kroppen. En akutt stressituasjon kan skape problemer i mage-tarm-systemet hos de fleste. Dette viser tilstedeværelsen av rask kommunikasjon mellom hjernen og fordøyelsessystemet. Økt kortikotropin releasing faktor (CRF) demper vagal aktivitet på nukleus motor posterior (fjerde ventrikkel). Denne dempingen fører til gastroparese i form av svekket ventrikkellakkomodasjon, sen ventrikkeltømming og symptomer fra epigastriet i form av ubehag og tidlig metthet.

I tidligere studier er det ved MRI (magnetic resonance imaging) og PET (proton emission tomography) påvist aktivering i insula, prefrontal cortex og thalamus i hjernen etter

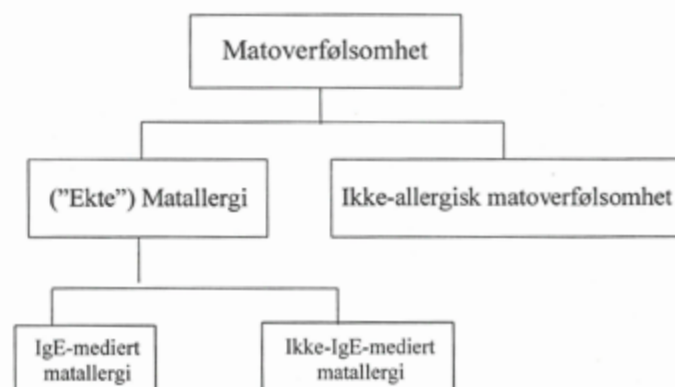
visceral stimulering med rektal distensjon (5, 6). Det er dessuten påvist forskjeller i aktiveringsområdene i hjernen mellom IBS subgrupper (diaré- eller forstoppelsesdominert IBS), og mellom kvinner og menn. I litteraturen brukes ofte rektosigmoidballongdistensjon for å undersøke på visceral hypersensitivitet. Visceral smerteterskel under fysisk eller psykisk stress er lavere hos IBS-pasienter enn hos friske kontroller. Dessverre påvirker flere faktorer, som alder, kjønn, intensitet av symptomer, nivå av angst og stress og sensibilisering mot gjentatte distensjoner og reproduserbarheten av rektosigmoiddistensjonstester (5).

Immunologisk aktivering:

Gastrointestinale infeksjoner (lavgradig inflammasjon), bakteriell flora i tarmen og matantigener kan aktivere det mukosale immunsystemet i mage-tarmkanalen hos IBS pasienter, særlig diarédominert subgruppe. Økt antall av mastceller kan være sammenhengende mellom stress, infeksjon i tarmen, matallergi og tarmhypersensitivitet hos IBS-pasienter. Det er påvist økt antall av T-celler, intestinal CD3+-lymfocytter, makrofager og mastceller i tarmmukosa (4, 7).

De siste studiene indikerer at det er en sammenheng mellom psykiske tilstander (angst og depresjon), og funksjonelle mage-tarmsykdommer. Det er en forbindelse mellom kognitiv-emosjonelle sentre i hjernen, og nevro-

FIGUR 1. Definisjon av matoverfølsomhet.



endokrine sentre i tarm (det enteriske nervesystem og immunsystem), som kan utløses via enkelte neuropeptider. En kinesisk studie har funnet lave serotonin-verdier i biopsier fra slimhinnen hos pasienter med IBS (8), mens en studie tyder på at pasienter med funksjonelle plager kan ha betennelse i gangliene i tarmen («ganglionitt») (9). Serotonin er viktig for motorikken i tarmen (peristaltikken), og mangel på dette hormonet kan være en årsak til magesmerter, diaré og oppblåsthet, som er kardinalsymptomene ved IBS. Store mengder serotonin (80–90 prosent av kroppens serotonin) er lokalisert i fordøyelsessystemet. Lave serotoninverdier kan forklare både motilitetsforstyrrelsene i tarmen og de assosierte psykologiske faktorer (sentral serotoninmangel), som høy forekomst av angst og depresjon og kanskje flere andre ekstraintestinale problemer (10, 11).

Matoverfølsomhet og irritabel tarm: Hvordan likner de hverandre?

På mange måter deler pasienter med IBS og matoverfølsomhet samme symptomer og samme psykopatofysiologiske mekanismer. IBS er karakterisert ved vekslende avføringsmønster i form av diaré og forstoppelse, magesmerter, mye gass i abdomen og følelse av ufullstendig tømming. Pasientene føler ofte betydelig lette ved fullstendig tømming, og mange har forsterket gastrokolisk refleks slik at de må på do under eller like etter måltid. Tre av fire pasienter med selvrapportert matoverfølsomhet har symptomer forenelig med IBS (85 prosent i våre studier) (3). Matoverfølsomhet med intoleranse for hvetemel, melk, forskjellige frukter og grønnsaker, og fiberprodukter er vanlig.

Hvordan likner de hverandre?

- Forekomsten av matoverfølsomhet og IBS er sammenlignbar. Det rapporteres hos 15–20 prosent av befolkningen i den vestlige verden. Kvinner rammes oftere enn menn av begge tilstander.
- Symptomer ved de to tilstandene er ganske like: Oppblåsthet, magesmerter, abdominal distensjon, vekslende avføringsmønster og kvalme. Pasienter med IBS og matoverfølsomhet rapporterer ikke nattlige plager, og oppblåsthet er oftest et symptom. Derimot har pasienter med kroniske inflammatoriske tarmsykdommer (Crohn's sykdom og ulcerøs kolitt) ofte nattlige plager på grunn av sekretorisk diaré.
- En studie i 2004 fra Brasil viser at 20 prosent av pasienter med IBS har positiv hudpricktest mot matvarer (13). Det var hyppigere enn hos både pasienter med funksjonell dyspepsi (2,3 prosent) og kontrollgruppe (4 prosent) og indikerer at pasienter med IBS egentlig har immunmedierte problemer med mat (12).
- Mange pasienter med IBS rapporterer at de reagerer på en eller flere type matvarer, og eliminasjonsdiett (ca. 12

ukers) gir bedring hos de fleste. Pasienter med diare-dominert IBS hadde høyere positiv response ratio enn andre subgrupper (5). En norsk studie viser at 70 prosent av IBS-pasientene rapporterer overfølsomhet mot noen matvarer (median tall for matvarer var 2), og 63 prosent av dem unngår bestemte matvarer (13). Noen forskere setter matoverfølsomhet inn i patofysiologiske mekanismer ved IBS. I tillegg til positiv respons på eliminasjonsdiett viste noen studier også positiv respons på disodium cromoglycate (DSCG). IBS-pasienter med atopisk bakgrunn har høyere total serum-IgE og positiv hudpricktest enn ikke-atopiske, og symptomene ble reproduisert ved provokasjonstest (5). Dette kan indikere at symptomene kan være ledsaget av IgE-medierte matoverfølsomhet hos en gruppe av IBS-pasienter («Atopisk tarm»). Dessuten er atopiske tilstander hyppigere hos pasienter med diare-dominert IBS, og pasienter med bronkial astma har høyere prevalens av IBS når man sammenligner med pasienter med andre lungesykdommer og friske kontroller (14, 15).

- Inflammatoriske celler, særlig mastceller, er involvert i patogenesen ved begge tilstander. Det ble påvist økning av mastceller i kolons mukosa og muscularis propria ved IBS (4, 7). I tillegg var verdiene av histamin og tryptase, som frigjøres fra mastceller, økt. Begge sykdommer har økt serumhistamin og tryptasenivå, og påvist histaminsamling i vev.
- I tillegg spiller psykologiske faktorer en viktig rolle i patogenesen ved begge tilstander. Mangel på serotonin i både tarm- og sentralnervesystemet kan forklare sammenhengen mellom funksjonelle mage-tarmsykdommer og psykiatriske tilstander som angst og depresjon.
- Ved begge tilstander må organiske mage-tarmsykdommer først utelukkes. Symptomer fra flere organsystemer uten organisk grunnlag kalles somatisering, og tidligere studier har påvist at somatisering er typisk ved funksjonelle mage-tarmforstyrrelser (16).

Matoverfølsomhet og funksjonell dyspepsi: Hvordan skilles de fra hverandre?

Funksjonell dyspepsi beskrives som vedvarende eller tilbakevendende øvre gastrointestinale symptomer, særlig smerter og ubehag som ofte er lokalisert i epigastriet. Symptomer kan være, for eksempel, at pasientene ikke kan greie å spise ferdig normal mengde av mat, epigastrisk oppfylthet, smerter og ubehag. Genetisk predisposisjon, psykologiske faktorer, inflammasjon og *Helicobacter pylori*-infeksjon kan bidra til utviklingen av funksjonell dyspepsi, men årsaken er fremdeles ukjent. Det foreligger ingen kontrollerte studier hvor assosiasjon mellom matallergi og funksjonell dyspepsi er undersøkt. En studie fra Italia rapporterte at prevalensen av funksjonell dyspepsi var 2–4 prosent hos pasienter med matoverfølsomhet (17). Likevel

kan funksjonell dyspepsi vanligvis skilles fra matoverfølsomhet ved hjelp av en detaljert sykehistorie.

Hvordan skilles de fra hverandre?

- Symptomer ved funksjonell dyspepsi er forskjellig fra symptomer ved matoverfølsomhet. Magesmerter i epigastriet (lokalisert), tidlig metthet og oppfylthet ved inntak av mat, ofte ledsaget av en utvidelse av magesekkens antrum på grunn av svekket ventrikelakkommodasjon, er symptomer ved funksjonell dyspepsi. Ved matoverfølsomhet er magesmertene oftest diffuse i hele abdomen (ikke lokalisert), særlig i nedre del av abdomen, og har krampeliknende karakter.
- Pasienter med matoverfølsomhet reagerer mot en eller flere bestemte typer matvarer slik som melk, hvetemel, peanøtter osv. Pasienter med funksjonell dyspepsi rapporterer symptomene særlig etter at de har spist et tungt måltid (fet mat). Tidlig metthet er ikke et vanlig symptom ved matoverfølsomhet.
- Pasienter med matoverfølsomhet har vanligvis familiehistorie og atopisk bakgrunn som allergisk astma, rhinokonjunktivitt og dermatitt, men dette finnes ikke hos funksjonell dyspepsi pasienter.
- Hudpricktest med mistenkte matvarer kan være positiv, og total- og matspesifikk IgE i serum mot samme matvarer kan være høye hos pasienter med matoverfølsomhet.

Praksis på legekontor

Opp til 10 prosent av konsultasjoner hos allmennpraktikere gjelder uforklarlige mage-tarmplager. Av og til er dette frustrerende for både leger og pasienter, fordi symptomene kan involvere flere organer i kroppen slik at plagene overlapper hverandre. I tillegg kan symptomsforløpet være varierende og komorbiditet er også et problem. Det er ikke alltid enkelt å skille mellom funksjonelle og organiske forstyrrelser i mage-tarmkanalen.

FIGUR 2 viser et flytskjema (en systematisk fremgangsmåte) som kan være en veileder når man undersøker en pasient med komplekse mage-tarmsymptomer. IBS-pasienter skylder oftest ikke på maten. Matoverfølsomhetspasienter kommer til legen med bestemte matvarer som gir plagene. Dette er en viktig forskjell mellom pasienter med matoverfølsomhet og pasienter med IBS. Derfor er detaljert anamnese meget viktig for å fange opp punkter som viser oss i hvilken retning utredningen bør begynne, og om pasienten eventuelt bør henvises til spesialisttjenesten.

Fra sykehistorien kan man gå i tre forskjellige retninger: Hvis pasienten har akutt/subakutt symptomdebut, blodmucus-slim i avføringen, vekttap, diaré, nattlige plager (sekretorisk diaré), eller andre objektive symptomer, bør det

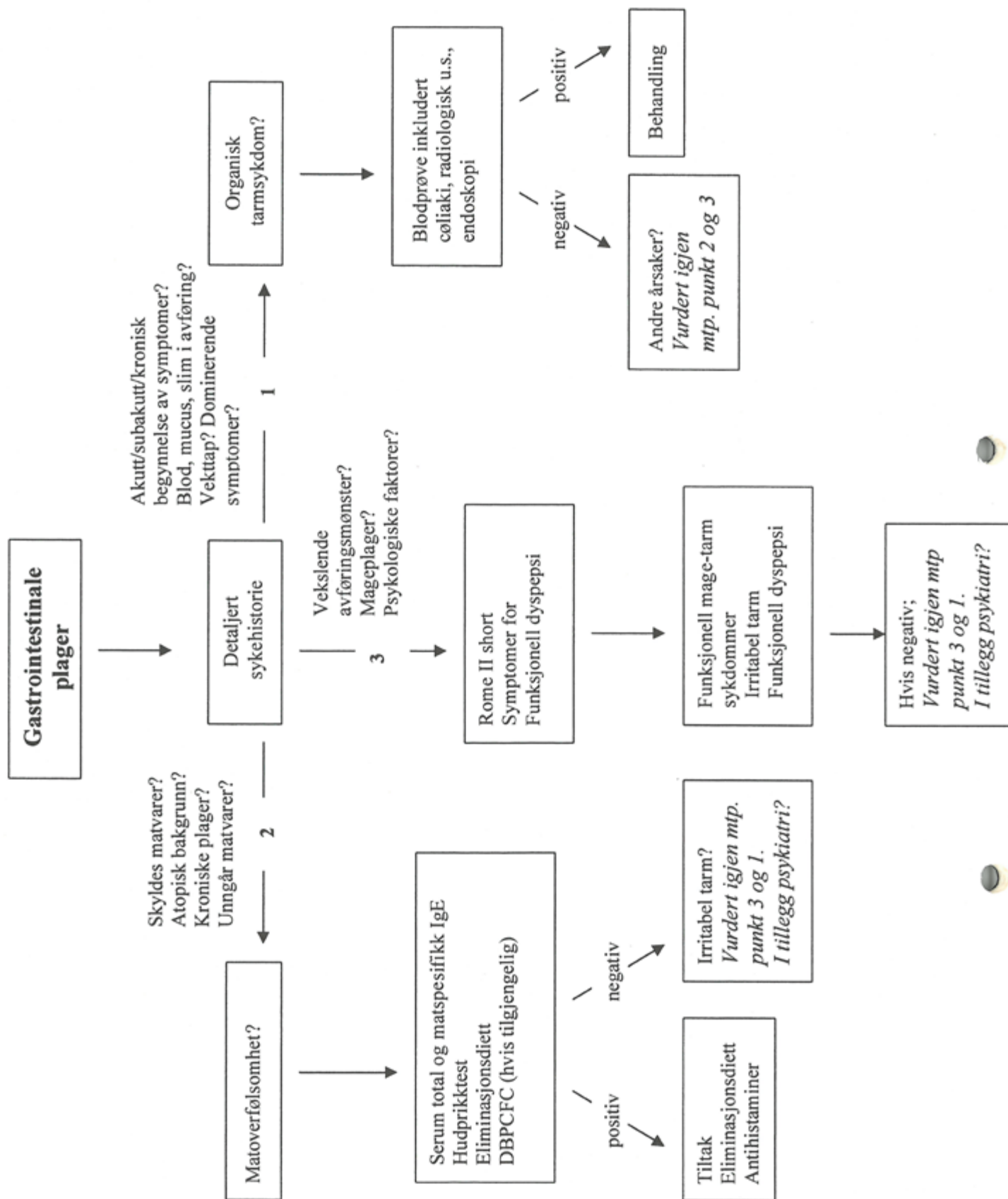


ILLUSTRASJON/FOTO: RICHARD NELSON

først utredes i retning 1 på FIGUR 1, med tanke på organiske mage-tarmsykdommer.

Hvis pasienten har kroniske plager, får magesmerter, oppblåsthet, oppfylthet, kvalme og diaré etter at hun eller han har spist, hvis hun eller han unngår matvarer fordi hun/han tror maten gir alle disse plagene, eller hvis hun har atopisk bagrunn med andre allergiske tilstander (allergisk astma, rhinokonjunktivitt, eksem og anafylaktiske reaksjoner), og atopisk bagrunn hos familie, gir sykehistorien holdepunkt for matoverfølsomhet, og pasienten bør utredes i retning 2 med forskjellige tester. I tillegg må en spørre om varighet og alvorlighetsgrad av symptomer, tidsrelasjon mellom matinntak og symptomstart, og mengde av matvaren som kan være nok til å utløse symptomene.

Har pasienten vekslende avføringsmønster, som diaré og forstoppelse, magesmerter, oppblåsthet, og så videre, med



FIGUR 1. Flytskjema for utredning av gastrointestinale plager (DBPCFC: Double-blind placebo-controlled food challenge).

tendens til kronisk sykehistorie? Begynte symptomene etter at pasienten hadde hatt infeksjon? Påvirkes han av psykologiske faktorer som stress, bekymringer, angst, depresjon, dårlig livskvalitet og livsstil, manglende mestringsevne, misbruk i barndommen, eller komorbiditet med psykologiske tilstander og magesykdommer? I tillegg bør det spørres om symptomer som kommer etter inntak av fet mat, tidlig metthet, ubehag og lokalisasjon av smerter i magen. Positivt svar på disse spørsmålene vil føre oss videre i retning 3, med tanke på IBS, eller funksjonell dyspepsi.

Hvis utredningen er negativ i retningen som man har fulgt opp, kan man vurdere på nytt med tanke på andre årsaker (FIGUR 2). Hvis utredningen er positiv, kan pasienten behandles og følges opp videre av allmennlegen eller henvises videre til allergolog eller gastroenterolog etter årsak. På denne måten kan både legen og pasienten spare tid og ressurser.

Dette er bare en veiledning for hvordan disse pasientene kan håndteres på legekontoret. Selvfølgelig er legens vurderingsskjønn viktig for å avgjøre første steg i henhold til pasientens allmenntilstand og symptomer.

Konklusjon

Funksjonelle mage-tarmsykdommer og matoverfølsomhet går egentlig hånd i hånd og er ikke alltid lett å skille fra hverandre. De deler samme patofysiologiske mekanismer og har liknende symptomer. Denne artikkelen fokuserer på hvordan matoverfølsomhet og funksjonelle mage-tarmsykdommer likner hverandre, hvordan de kan skilles fra hverandre, og hvilke punkter som er viktige ved første konsultasjonen. Flytskjemaet som er nevnt ovenfor kan veilede i utredning og håndtering av disse pasientene.

Referanser

- Johansson SG, Hourihane JO, Bousquet J, Brujnzeel-Koomen C, Dreborg S, Haahtela T, Kowalski ML, Mygind N, Ring J, Van Cauwenberge P, Hage-Hamsten M, Wuthrich B. A revised nomenclature for allergy. An EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force. *Allergy* 2001; 56: 813–24.
- O'Leary PF, Shanahan F. Food allergies. *Curr Gastroenterol Rep* 2002; 4: 373–82.
- Arslan G, Kahrs GE, Lind R, Froyland L, Florvaag E, Berstad A. Patients with subjective food hypersensitivity: the value of analyzing intestinal permeability and inflammation markers in gut lavage fluid. *Digestion* 2004; 70: 26–35.
- Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Muller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999; 45 (Suppl 2): II43–II47.
- Arebi N, Gurmany S, Bullas D, Hobson A, Stagg A, Kamm M. Review article: the psychoneuroimmunology of irritable bowel syndrome – an exploration of interactions between psychological, neurological and immunological observations. *Aliment Pharmacol Ther* 2008; 28: 830–840.
- Park MI, Camilleri M. Is there a role of food allergy in irritable bowel syndrome and functional dyspepsia? A systematic review. *Neurogastroenterol Motil* 2006; 18: 595–607.
- Barbara G, Stanghellini V, De Giorgio R, Cremon C, Cottrell GS, Santini D, Pasquinelli G, Morselli-Labate AM, Grady EF, Bunnett NW, Collins SM, Corinaldesi R. Activated mast cells in proximity to colonic nerves correlate with abdominal pain in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2004; 126: 693–702.
- Wang SH, Dong L, Luo JY et al. Decreased expression of serotonin in the jejunum and increased numbers of mast cells in the terminal ileum in patients with irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol* 2007; 13 (45): 6041–7.
- Tornblom H, Abrahamsson H, Barbara G et al. Inflammation as a cause of functional bowel disorders. *Scand J Gastroenterol* 2005; 40 (10): 1140–8.
- Fitzgerald P, Cassidy Eugene M, Clarke G, Scully P, Barry S, Quigley Eamonn MM, Shanahan F, Cryan J, Dinan Timothy G. Tryptophan catabolism in females with irritable bowel syndrome: relationship to interferon-gamma, severity of symptoms and psychiatric co-morbidity. *Neurogastroenterol Motil* 2008; 20: 1291–1297.
- Van Oudenhoove L. The link between affective and functional gastrointestinal disorders: are we solving the psychobiological puzzle? *Neurogastroenterol Motil* 2008; 20: 1265–1267.
- Soares RL, Figueiredo HN, Maneschy CP, Rocha VR, Santos JM. Correlation between symptoms of the irritable bowel syndrome and the response to the food extract skin prick test. *Braz J Med Biol Res* 2004; 37: 659–662.
- Monsbakken KW, Vandvik PO, Farup PG. The value of a general therapeutic approach in subjects with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 21: 21–27.
- Stefanini GF, Prati E, Albini MC, Piccinini G, Capelli S, Castelli E, Mazzetti M, Gasbarrini G. Oral disodium cromoglycate treatment on irritable bowel syndrome: an open study on 101 subjects with diarrheic type. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 55–57.
- Roussos A, Koursarakos P, Patsopoulos D, Gerogianni I, Philippou N. Increased prevalence of irritable bowel syndrome in patients with bronchial asthma. *Respir Med* 2003; 97: 75–79.
- Monsbakken KW, Vandvik PO, Farup PG. Any relation between food intolerance and fibromyalgia or mood disorders in persons with irritable bowel syndrome? *Scand J Gastroenterol* 2004; 39: P40.
- Ciprandi G, Canonica GW. Incidence of digestive diseases in patients with adverse reactions to foods. *Ann Allergy* 1988; 61: 334–336.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: Gulen.Arslan@med.uib.no

Lumbal spinal stenose

– gammelt problem, ny kunnskap

AV GREGER LØNNE

Lumbal spinal stenose er den vanligste årsaken til ryggkirurgiske inngrep hos personer over 60 år. Likevel er nok tilstanden langt dårligere kjent blant eldre enn for eksempel hofteleddsartrose. En god anamnese er det viktigste redskapet for å stille diagnosen.

Vi vet ikke sikkert hvor mange som har symptomer på degenerativ lumbal spinal stenose. I USA viser en studie at tre til fire prosent av pasientene som oppsøker allmennpraktiker med korsryggsmerter og 13–14 prosent av pasientene som oppsøker en ryggkirurg for plager i lumbalkolumna, har så stor grad av stenose at dekompresjonskirurgi overveies (1). En ny svensk studie viser at helseeffekten av operativ behandling av spinal stenose er god og kan sammenliknes med innsettelse av hofteprotese (2). Når man i tillegg har vist at kirurgi på eldre pasienter med denne lidelsen er trygt (3) og kan forbedre livskvaliteten signifikant (4), kan man spørre seg om denne pasientgruppen får tilstrekkelig oppmerksomhet.

Lumbal spinal stenose

Aldersforandringer i ryggen (spondylose) medfører påleiringer rundt buelodd samt fortykkede leddkapsler. Leddene vokser inn i spinalkanalen, som dermed blir trangere. Sammen med fortykkelse av ligamenter (ligamentum flavum) og bukning av mellomvirvelskiven får man timeglassformede innsnevring i ett eller flere nivåer. Dette igjen medfører at nerverøttene kommer i klem. Symptomer på dette er smerter, nummenhet og tretthetsfølelse i beina, særlig ved gange. Noen er født med trangere spinalkanal enn andre, og hos disse kan symptomene sette inn tidligere i livet. Sykdommen er altså lumbal spinal stenose, og symptomene kalles *vertebrogen (eller nevrogen) intermitterende claudicatio*.

Den patofysiologiske prosessen går langsomt. Symptomene kommer snikende, og de kommer i en alder der andre plager også inntreffer. Det kan være vanskelig for pasientene å forstå at årsaken til plagene i beina sitter i



Greger Lønne

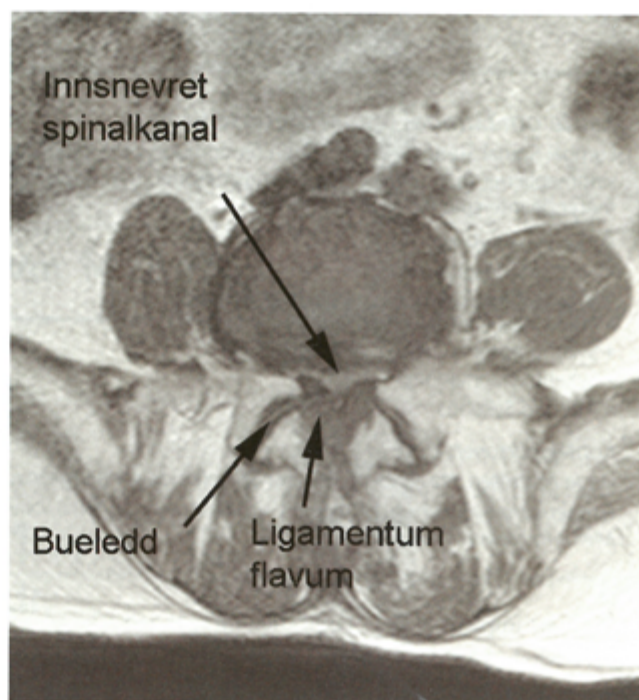
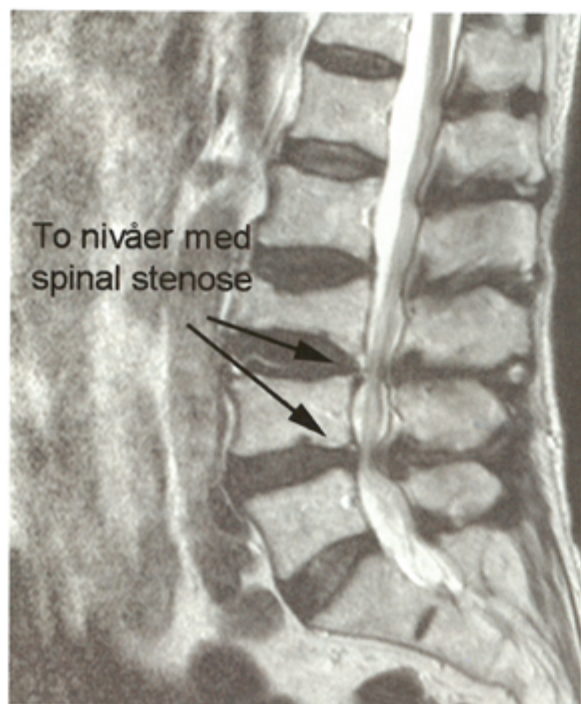
Spes. ortopedisk kirurgi. Overlege ved kirurgisk avd., ortopedisk seksjon, Sykehuset Innlandet – Lillehammer. Stipendiat ved NTNU/Nasjonalt senter for Spinal lidelser, Universitetslektor, UiO.

ryggen. En del er helt uten ryggplager. De som har lumbal spinal stenose kan oppleve klare begrensninger i aktivitetsnivået. Smertene kommer som regel først når man er ute og går. Selv om det bare gjelder noe over halvparten av pasientene, fremstår smertelindring ved fremoverbøyning som nærmest patognomonisk for tilstanden (5). Imidlertid kan symptomene være mer diffuse enn dette – som «restless legs» (6) eller en følelse av stølhet og kraftløshet i beina.

Diagnostisk utfordring

Det er flere diagnostiske utfordringer knyttet til denne tilstanden. Alle eldre har i større eller mindre grad aldersforandringer i ryggen. Tar man MR av LS-kolumna av hundre symptomfriske 70-åringer, vil man finne billedmessig spinal stenose hos omtrent en fjerdedel. Mange radiologer bruker begrepet spinal stenose når (AP-)diameter er under 10 mm, og signifikant stenose når den er under 6 mm. Arealmaal, som mer korrekt angir plassforholdene, brukes sjeldnere. Grenseverdien for signifikant stenose ligger da på omkring 70 mm². *Lumbal spinal stenose er imidlertid ikke en MR-diagnose* (7). Det er en *klinisk diagnose* med støtte i MR, evt. CT.

Neste utfordring kommer når man skal undersøke pasienten. De fremstår ikke sjelden uten nevrologiske funn. Undersøkelse av kraft, sensibilitet og reflekser hører imidlertid med til primærutredningen. Noen angir utstrålende smerter ved hyperekstensjon i ryggen, men det er langt fra alle. Undersøker man ryggen, vil man ofte ikke finne noe galt, men av og til fremstår pasienten med en «sagittal ubalanse» der de står lett fremoverlent med utrettet lumbal lordose.



Anamnesen viktigst

Klassisk sykehistorie med smerter i leggen ved gange etter noen hundre meter kan være alt man har å forholde seg til. Mange opplever, og forundres over, at de kan sykle uten problemer. Og når man spør, vil mange angi lindring når de henger over handlekurven i supermarkedet, bruker spark om vinteren eller griper fatt i rullatoren om sommeren. I disse situasjonene er ryggen bøyd forover og plassen rundt nervene bedre. Dette peker i retning av spinal stenose. Hvis MR da viser trange forhold i ett eller flere nivåer, kan det være tilstrekkelig til å konkludere.

Når skal pasientene opereres?

Diagnosen er utfordrende, men spørsmålet om operasjon er ikke enklere. Da er det viktig å heve blikket fra MR-bildene og manglende nevrologiske funn. Dette er ikke en sykdom på liv og død. Dette handler om livskvalitet. Om livsutfoldelse. Om gode og vonde dager. Og det handler om hva man kan gjøre for å få en bedre hverdag. I prinsippet er det ingen annen behandlingsmetode enn operasjon som varig bedrer plassforholdene i ryggen. Kirurgisk dekompresjon er derfor den mest effektive behandlingen (8).

Opp gjennom historien har det vært ulike operasjonsmetoder, ofte med større tilganger og fiksasjoner. Nye operasjonsteknikker er mindre invasive, og det kan se ut som om de gir bedre resultater enn før. Det er ingen kirurgiske inngrep som er uten risiko. Sjansen for infeksjon, nerveskade og blødning er imidlertid liten (9). Det er altså forhold som taler mot, og forhold som taler for operasjon.

Med et økende antall eldre, med forventninger om en aktiv alderdom, blir dette en stadig hyppigere problemstilling.

Det er derfor viktig å finne behandlingsmetoder som på en trygg og effektiv måte hjelper mot spinal stenose. Ofte er det et spørsmål om operasjon eller ikke. Alternativet er smertestillende, og det å tilpasse farten etter forholdene. For mange betyr det et langt mer stillesittende liv enn de ønsker.

Valg av operasjonsmetode

Valg av operasjonsmetode avhenger av pasientens symptomer, og av kirurgens preferanser. I prinsippet utføres en eller annen form for dekompresjon av nerverøttene. Laminektomi, der man fjerner bakveggen, har i mange år vært hovedmetoden, men i økende grad utføres nå mini-invasiv dekompresjon. Dette betyr at man forsøker å spare ryggenes strukturer mest mulig ved å lage små åpninger.

En ny operasjonsmetode som kalles «dekomprimerende interspinøst implantat» går i prinsippet ut på at man bedrer plassen til nervene i ryggen ved å sette inn et implantat mellom prosessus spinosus i et eller flere nivåer. Det gjør at man får en fleksjon i det aktuelle stenotiske nivå. Eksempel på et slikt implantat er «X-stop». (10). Den effekten pasienten får av å bøye ryggen forover blir dermed bevart, også når ryggen rettes opp. Metoden egner seg kun for de pasientene som får symptomlindring ved fremoverbøyning. Det finnes etter hvert mange slike implantater på markedet. Det er fordeler og ulemper ved denne metoden sammenliknet med mer etablerte metoder, men hvilken metode som er best er fortsatt uavklart.

Norsk multisenterstudie

For tiden pågår det en prospektiv randomisert multisenterstudie som sammenlikner effekten av to operasjonsmetoder: mini-invasiv dekompresjon og et dekomprimerende

Fakta om Lumbal Spinal Stenose Studien

Lumbal Spinal Stenose Studien er en randomisert prospektiv nasjonal multisenterstudie som sammenlikner to kirurgiske behandlingsmetoder; mini-invasiv dekompressjon mot et dekomprimerende interspinøst implantat, X-stop.

Sykehus som deltar:

- St. Olavs Hospital, Trondheim
- Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø
- Oslo Universitetssykehus, Ullevål
- Sykehuset Innlandet – Lillehammer
- Sykehuset Innlandet – Elverum
- Ålesund Sykehus

Kontaktpersoner:

Hege Andresen, Nasjonalt Senter for Spinal Lidelser (Hege.Andresen@stolav.no)

Greger Lønne, Sykehuset Innlandet – Lillehammer og NTNU/Nasjonalt senter for Spinal Lidelser (greger.lonne@ntnu.no)

Mer info: www.spinalstenose.no



interspinøst implantat; X-stop. Studien foregår ved seks av landets sykehus og ledes av Nasjonalt senter for spinale lidelser i Trondheim. Målet er å finne ut hvilken metode som gir best resultat, men også hvilken metode som er mest kostnadseffektiv. Det er mulig å knytte pasienter til denne studien dersom pasienten er hjemmehørende ved et av de aktuelle sykehusene.

Referanser

1. ECRI Health Technology Assessment Group. Treatment of degenerative lumbar spinal stenosis. Evidence report/technology assessment (Summary) 2001; (32): 1–5.
2. Hansson T, Hansson E, Malchau H. Utility of spine surgery: a comparison of common elective orthopaedic surgical procedures. Spine 2008; 33 (25): 2819–30.
3. Shabat S, Arinon Z, Folman Y et al. Long-term outcome of decompressive surgery for Lumbar spinal stenosis in octogenarians. Eur Spine J 2008; 17 (2), 193–8.
4. Rampersaud Y, Ravi B, Lewis S et al. Assessment of health-related quality of life after surgical treatment of focal symptomatic spinal stenosis compared with osteoarthritis of the hip or knee. Spine J 2008; 8 (2): 296–304.

5. Lærum E, Brox JI, Storheim K et al. Korsryggssmerter – med og uten nerveforstyrrelser. Formi & Helsedirektoratet, 2007.
6. Matsumoto M, Watanabe K, Tsuji T et al. Nocturnal leg cramps: a common complaint in patients with lumbar spinal canal stenosis. Spine 2009; 34 (5): E189–94.
7. Kent D, Haynor D, Larson E et al. Diagnosis of lumbar spinal stenosis in adults: a metaanalysis of the accuracy of CT, MR, and myelography. AJR Am J Roentgenol 1992; 158 (5): 1135–44.
8. Watters WC III, Baisden J, Gilbert T et al. Degenerative lumbar spinal stenosis: an evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of degenerative lumbar spinal stenosis. Spine J 2008; 8 (2): 305–10.
9. Fu YS, Zeng BF, Xu JG. Long-term outcomes of two different decompressive techniques for lumbar spinal stenosis. Spine 2008; 33 (5): 514–8.
10. Zucherman J, Hsu K, Hartjen C et al. A multicenter prospective randomized trial evaluating the X STOP interspinous process decompression system for the treatment of neurogenic intermittent claudication: two-year follow-up results. Spine 2005; 30 (12): 1351–8.

C Burinex «LEO» Diuretikum.

ATC-nr.: C03C A02

T INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 0,5 mg/ml 1 ml inneholder: Bumetanid 0,5 mg, dinatriumfosfatdihydrat 0,9 mg, natriumdihydrogenfosfatdihydrat 0,27 mg, xylitol 45 mg, vann til injeksjon til 1 ml, C03C A02

T TABLETTER 1 mg, 2 mg og 5 mg: Hver tablett inneholder: Bumetanid 1 mg, resp. 2 mg og 5 mg, laktose, hjelpestoffer. Tabletter 1 mg og 5 mg: Med delestrek. C03C A02

Indikasjoner: Injeksjonsvæske og tabletter 1 mg og 2 mg: Alle former for ødemer, også ved nedsatt nyrefunksjon. Sterkt nedsatt nyrefunksjon og nyresvikt. Forsert diurese. Ved resistens overfor andre diuretika. Tabletter 5 mg: Sterkt nedsatt nyrefunksjon (glomerulærfiltrasjon < ca. 20 ml/minutt). Nyresvikt, nefrotisk syndrom. Kronisk lungedem, refraktære ødemer med hjertesvikt. **Dosering:** Det er av betydning at doseringen individualiseres og tilpasses pasientens kliniske status. **Injeksjonsvæske:** Hvor øyeblikkelig virkning ønskes eller der peroral behandling ikke kan gjennomføres, brukes bumetanid intravenøst eller intramuskulært. **Årsatt langdosering:** 2 mg (4 ml) i.v., ev. gjentatt med 10–15 minutters intervall. Alvorligere tilfeller inntil 6,25 mg (12,5 ml) i.v., ev. gjentatt. **Årsatt nyresvikt:** 6,25–12,5 mg (12,5–25 ml) langsomt i.v. eller i 500 ml infusjonsvæske gitt over 1–2 timer, ev. gjentatt. **Forsert diurese ved urologiske operasjoner:** 1 mg (2 ml) i.v. ved operasjonens avslutning, ev. gjentatt. **Legemiddelforfølgninger:** Initialt 2 mg (4 ml) i.v., deretter avpasses dose og intervall etter ønsket timediurese. **Hypertensive kriser:** 2 mg (4 ml) i.v., ev. gjentatt. **Tabletter: 1 mg og 2 mg:** 0,5–2 mg daglig avhengig av alvorlighetsgraden. Dosen kan økes gradvis med intervaller på minst 6 timer inntil den ønskede virkning er oppnådd. I alvorlige tilfeller 2–4 mg daglig. Døgndosen kan med fordel gis som flere daglige doser. **5 mg:** Hos pasienter med nyresvikt forekommer store individuelle forskjeller i diuretisk respons. Dosen bør innstilles gradvis til ønsket effekt er oppnådd. Høyeste enkelt dosering bør begrenses til 10 mg. I litteraturen er det rapportert doseringer på inntil 60 mg pr. døgn. **Kontraindikasjoner:** Truende eller manifest leversvikt og leverkoma. Anuri som ikke har respondert på furosemid, bumetanid eller torasemid. Dehydrering eller hypovolem. Allergi mot sulfonamider eller bumetanid. Hypertensjon under graviditet. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet utvises ved behandling av pasienter med stor risiko for utvikling av elektrolyttforstyrrelser eller ved hypovolem. Serumkalium bør bestemmes for behandling startes og bør kontrolleres regelmessig, særlig ved høy dosering. Hypokalemi ses særlig hos eldre pasienter med hjertesvikt, nedsatt leverfunksjon og ensidig ernæring. En må spesielt være oppmerksom på hypokalemi hos digitaliserte pasienter. Forsiktighet utvises ved behandling av pasienter med diabetes mellitus og nedsatt nyrefunksjon. Samtidig bruk av litium kan øke litiumkonsentrasjonen i plasma. Serumlitium må kontrolleres regelmessig. Ved oppstart eller doseendring med ACE-hemmer kan alvorlig hypotensjon og nedsatt nyrefunksjon oppstå. Bumetanid bør da enten midlertidig seponeres eller bumetaniddosen reduseres 3 dager før behandling med ACE-hemmer påbegynnes/dosen økes. Samtidig bruk av legemidler som gjennomgår tubulær sekresjon kan redusere effekten av bumetanid. **Graviditet/Amning:** Overgang i placent: Skal ikke brukes ved preeklampsi. 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 påvirket ved terapeutiske doser. Skal derfor ikke brukes ved amning. **Bivirkninger:** **Hypertensjon:** Hypertensjon (1/100): Hypokalemi, hypokloremisk alkalose, hyponatremi, hypovolem, hyperurikemi og hypomagnesemi. **Mindre hyppige:** Muskelkramper. **Sjeldne (<1/1000):** Blod: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastrointestinalt besvær. Hørsel: Reversibel nedsatt hørsel. Metaboliske: Hyperglykemi. Øvrige: Allergiske reaksjoner, vaskulitt, svimmelhet. **Andre opplysninger:** Bumetanid kan gi utslag på prøver ved dopingkontroll. **Injeksjonsvæske:** Væsken er nøytral og kan blandes med de fleste infusjonsvæsker, unntatt de sterke sure. **Rekvisiteringsregler:** Tabletter 5 mg: Behandlingen skal være instituert av sykehus eller spesialist i indremedisin. **Pakninger og priser:** **Injeksjonsvæske:** Amp: 5 x 4 ml kr 91,80, **Tabletter:** 1 mg: Enpac: 100 stk. kr 146,20, 2 mg: Enpac: 100 stk. kr 265,50, 5 mg: Enpac: 100 stk. kr 506,40. **Ti 12b(2), 27a(2).** Refusjon: 12b(2): Ved oppstart av behandling for ukompensert hypertensjon (ikke hypertensiv organskade, urinsyre, nedsatt glukosetoleranse eller ubehandlet diabetes) skal tiazid eller tiazid i fast kombinasjon med kaliumsparende legemiddel prøves først. Andre legemidler mot hypertensjon kan anvendes som første valg dersom tiazid av medisinske årsaker ikke kan brukes. Årsaken til at tiazid ikke kan brukes skal angis i journalen. Sist endret: 13.10.2008. **Refusjonsberettiget bruk:** Ved alle former for ødemer, også ved nedsatt nyrefunksjon. Sterkt nedsatt nyrefunksjon og nyresvikt. Ved resistens overfor andre diuretika. **Refusjonskode:** ICPC, D97 Leversykdom IKA, K07 Hovne anklær/ødem, K77 Hjertesvikt, K82 Pulmonal hjertesykdom, U99 Nyresvikt kronisk, ICD, I27 Andre pulmonale hjertesykdommer, J50 Hjertesvikt, K70 Alkoholisk leversykdom, K72 Leversvikt, ikke klassifisert annet sted, K74 Fibrose og cirrhose i lever, N18 Kronisk nyresvikt, R60 Ødem, ikke klassifisert annet sted. Vilkår: Ingen spesifisert

Burinex[®] 1 mg

Vnr 14 29 27

100 tabl.

1 tabl.:
Bumetanid. 1 mg
Lactos. monohydr.
constit. q.s.

Diuretikum

INDIKASJONER:

Alle former for ødemer, også ved nedsatt nyrefunksjon. Sterkt nedsatt nyrefunksjon og nyresvikt. Forsert diurese. Ved resistens overfor andre diuretika.

OPPBEVARES UTILGJENGELIG FOR BARN



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

Fordeler og ulemper ved mammografiscreening; Hvorfor utføre mammografiscreening

AV HARALD WEEDON-FEKJÆR

Fra 1995 til 2005 innførte Norge gradvis et offentlig mammografiscreeningprogram for alle norske kvinner mellom 50 og 69 år. Det har i perioder vært en intens debatt om fordelene og ulempene ved programmet (1; 2), og vi har sett avisoppslag (FIGUR 1) og vitenskaplige artikler med påstander om alt fra utbredt overdiagnostikk (1) til stor forventet dødelighetsreduksjon (3). For dem som ikke jobber med screening til daglig, kan nok debatten noen ganger skape forvirring. Jeg håper å minske forvirringen ved å først gå igjennom grunnprinsippene og ideene bak mammografi-screening. Deretter vil jeg se

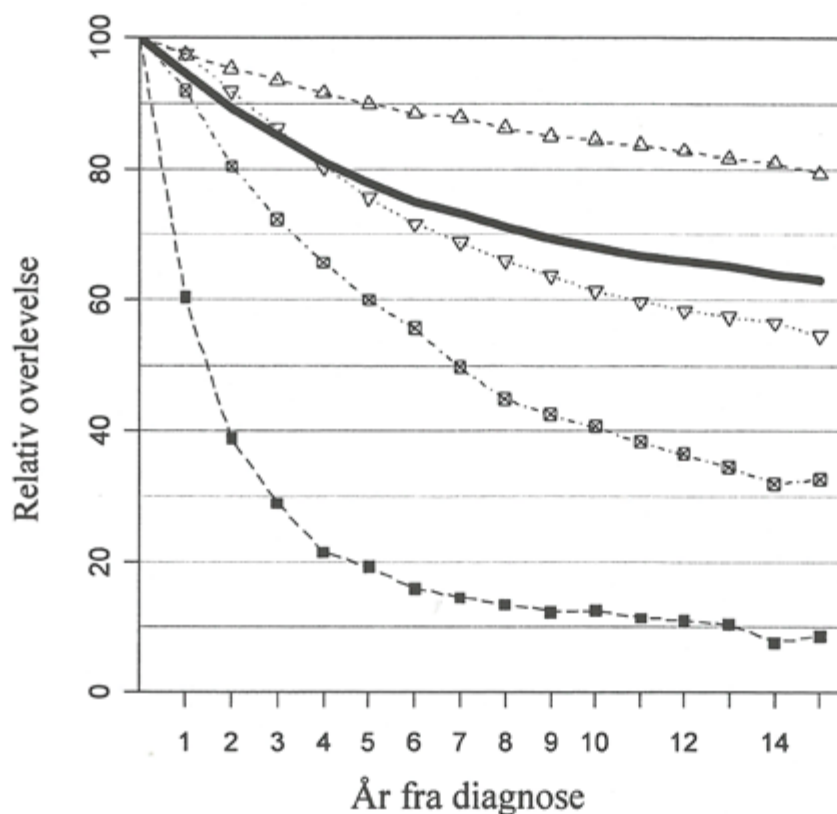


Harald Weedon Fekjær

Statistiker Harald Weedon-Fekjær forsvarte i januar 2008 sin doktoravhandling for graden PhD ved Universitetet i Oslo. Avhandlingen besto av fire vitenskapelige arbeider, under titelen «Modelling breast cancer incidence, progression and screening test sensitivity using screening data». Denne artikkelen er skrevet på bakgrunn av den oppgitte prøveforlesingen «Favourable and adverse effects of mammographic screening in Norway», og er uttrykk for forfatterens egne vurderinger av mammografiscreening. Harald Weedon-Fekjær er i dag post doc. stipendiat på Kreftregisteret, finansiert av Kreftforeningen.

Mammografiscreening i seg selv redder ikke liv. Det avgjørende er tidligere behandling via tidligere diagnose.

på fordelene og ulempene forbundet med mammografiscreening, før jeg til slutt sier litt om grunnlaget for «mammografidebatten».



FIGUR 2: Relativ overlevelse av brystkreft etter stadie i årene (1991–1995) før det norske mammografiscreening programmet startet

- Samlet
- △- Stadie I
- ▽- Stadie II
- ⊠- Stadie III
- Stadie IV

creening? Hva er «kostnadene»?

500 friske kvinner blir kreftpasienter

11. 03. 2004: Mammografiprogrammet har en betenkelig bivirkning: 500 friske kvinner gjøres hvert år til kreftpasienter. Det er konklusjonen i en ny norsk undersøkelse.

Reddet av rutinekontroll – 1000 friske kvinner får kreftdiagnose årlig



SLUTTEKSLUT: Ingrid Torgersen fra Kreftforeningen og Anette Myrnes fra Foreningen for brystkreftsykepleiere har laget denne brosjyren som gir informasjon om rutinekontrollen. FOTO: RAGNHELD ASK CONNELL

Oppgjør: 25.11.06 kl. 09:55 Publisert: 25.11.06 kl. 09:52

Mammografundersøkelsene har ikke ført til færre dødsfall på grunn av brystkreft i Norge.

Dette er konklusjonen i en ny norsk undersøkelse som er publisert i det anerkjente medisinske tidsskriftet The Lancet.

Den går ut på at rutinekontrollen som er gjort av to leger i stedet for en, ikke har ført til færre dødsfall.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

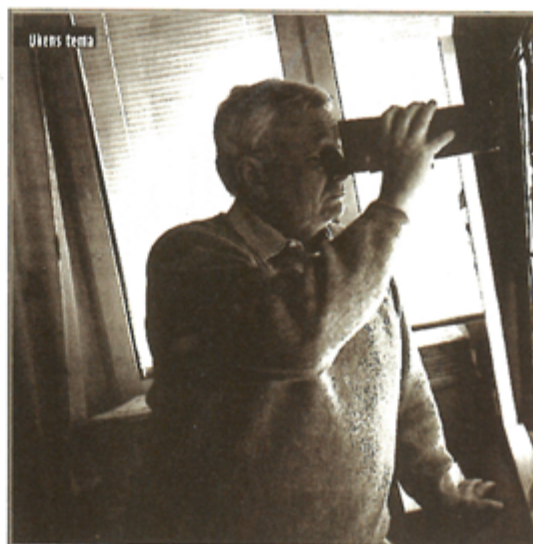
De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.

De to legerne, en leger og en sykepleier, har sammen sett på bilder av brystkreft og diskutert dem. De har også sett på bilder av kvinner som har fått brystkreft.



GRUND: Løvet ble ikke oppfylt da det ble opplyst at det var en betenkelig bivirkning av rutinekontrollen. Det var nemlig 500 friske kvinner som ble gjort til kreftpasienter hvert år.

Mammografi-pioneren avfeier norske kritikere

- Mer enn én million undersøkelser på ti år
- Brystkreft-diagnosen øker mest

FALLUN (VG) – Dette er rett og slett ille, sier mammo-

graffipioneren Laila Taber.

Denne lederen uttrykker sin

frustrasjon over det som

er en veldig vanlig og

gjort av rutinekontrollen

av brystkreft.

Den tidligere leder av

nasjonale forening for

brystkreftsykepleiere

Taber. På 10 år har hun

gjort mer enn én

million undersøkelser

av brystkreft.

Den tidligere leder av

nasjonale forening for

brystkreftsykepleiere

Taber. På 10 år har hun

gjort mer enn én

million undersøkelser

av brystkreft.

Den tidligere leder av

nasjonale forening for

brystkreftsykepleiere

Taber. På 10 år har hun

gjort mer enn én

million undersøkelser

av brystkreft.

Den tidligere leder av

nasjonale forening for

brystkreftsykepleiere

Taber. På 10 år har hun

gjort mer enn én

million undersøkelser

av brystkreft.

Den tidligere leder av

nasjonale forening for

brystkreftsykepleiere

Taber. På 10 år har hun

gjort mer enn én

million undersøkelser

av brystkreft.

Den tidligere leder av

nasjonale forening for

brystkreftsykepleiere

Taber. På 10 år har hun

gjort mer enn én

million undersøkelser

av brystkreft.

Den tidligere leder av

nasjonale forening for

brystkreftsykepleiere

Taber. På 10 år har hun

gjort mer enn én

million undersøkelser

av brystkreft.

Den tidligere leder av

nasjonale forening for

brystkreftsykepleiere

FIGUR 1: Noen utdrag fra den norske screeningdebatten.

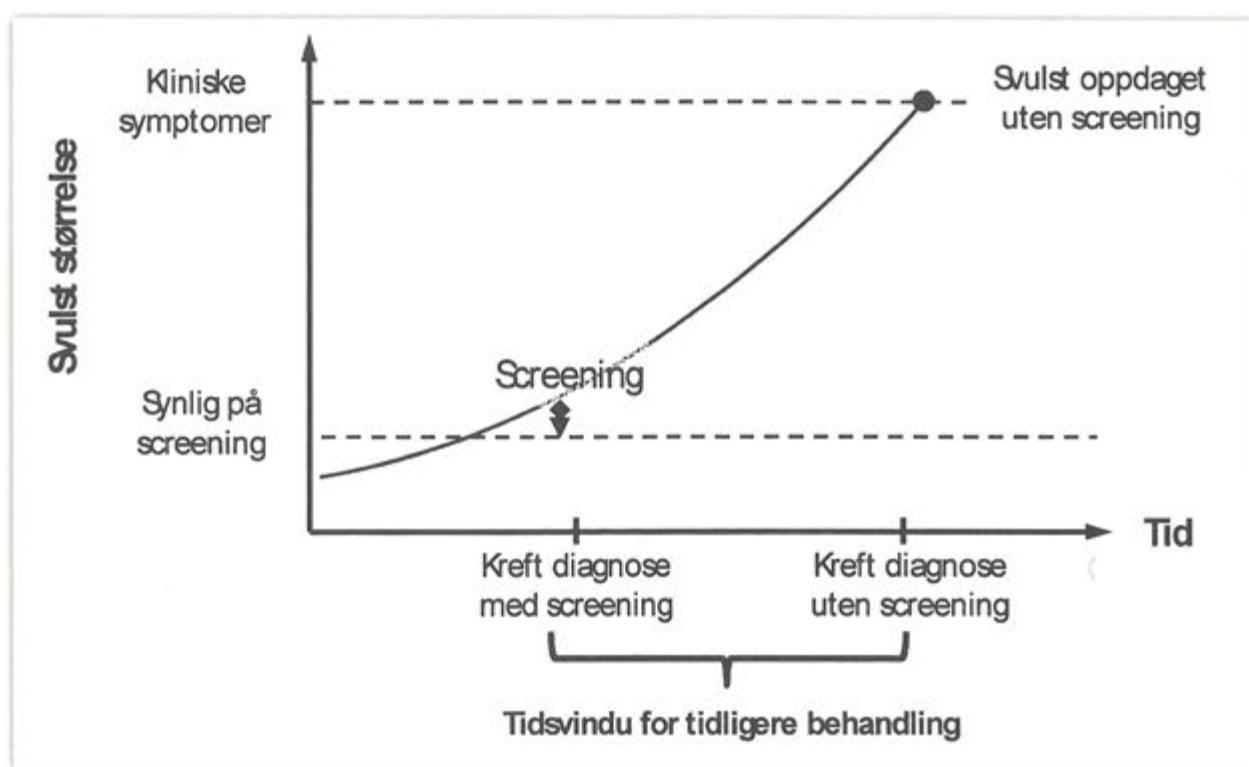
Historikk, prinsipper og positive effekter av screening

Brystkreft er den viktigste årsaken til tapte leveår for norske kvinner under 65 år (3), og på verdensbasis oppdages det årlig over en million nye brystkreft tilfeller hvert år (4). Sammenlignet med for eksempel lungekreft, har brystkreft vist seg betydelig vanskeligere å forebygge ettersom sentrale risikofaktorer (5; 6) (få eller ingen barn, høy alder ved første fødsel, tidlig første menstruasjon, sen menopause o.l.) ikke uten videre lar seg påvirke. Følgelig har man lett etter andre virkemidler for å få ned antall dødsfall av brystkreft. En påfallende side ved brystkreft er en klar sammenheng mellom svulststørrelse / stadium ved diagnose og påfølgende prognose (FIGUR 2). Dette har motivert helsepersonell til å prøve å fremskynde tidspunktet for diagnose/ behandling. Opprinnelig ble mammografi brukt til å diagnostisere symptomatisk brystkreft, men mammografi kan

også brukes til å oppdage små svulster lenge før de ellers ville ha gitt symptomer. På bakgrunn av dette ble det fra 1963 til 1980 startet flere større randomiserte studier for å belyse effekten av mammografiscreening og tilhørende tidlig diagnose på dødeligheten av brystkreft i befolkningen. Særlig fra Sverige kom det svært oppløftende resultater (7).

I etterkant er det foretatt flere større internasjonale gjennomganger av de randomiserte studiene (8; 9). Særlig debatt vakte den første Cochrane-rapporten om grunnlaget

*Økt hyppighet ved oppstart
av et screeningprogram er en effekt
av tidligere diagnose, men intet
mål i seg selv.*



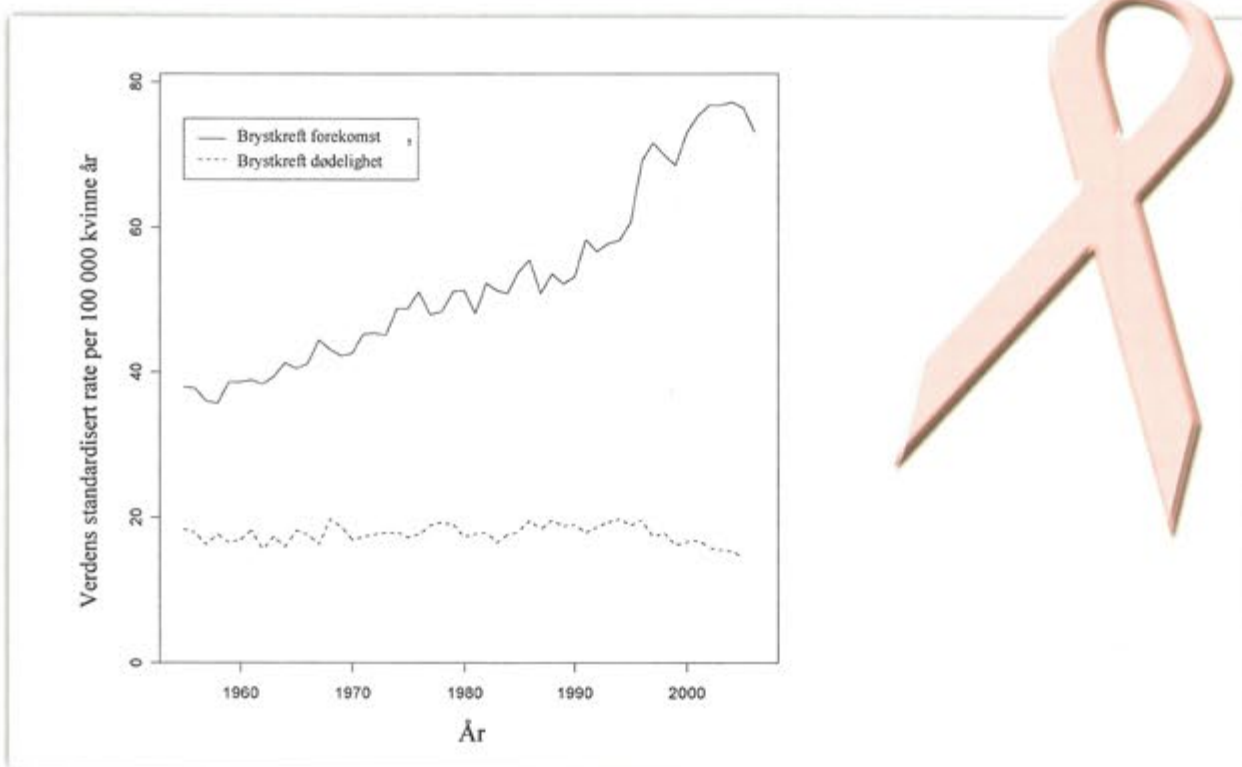
FIGUR 3: Prinsippet bak mammografiscreening; bedre prognose via tidligere behandling.

for mammografiscreening, hvor det ble hevdet at det ikke var tilstrekkelig bevis for at mammografiscreening reduserer brystkreftdødelighet (9). Etter flere år med til dels opphetet debatt, gjennomgikk ekspertgrupper fra både FN/WHO's kreftforskningsinstitutt, IARC, og USAs nasjonale kreftforskningsinstitutt, NCI, grunnlaget for mammografiscreening. Begge konkluderte i 2002 med at det forelå tilstrekkelig bevis for at regelmessig mammografiscreening senker brystkreftdødeligheten (10; 11).

Ettersom diagnostisert brystkreft behandles, er kunnskapen om den naturlige utvikling av brystkreft uten behandling begrenset. En økning i brystkreft hyppigheten ved oppstart av screening er et direkte resultat av at man klarer å flytte tidspunktet for diagnosen, men en stor økning kan også skyldes overdiagnostikk. Norge er på mange måter lik Sverige når det gjelder brystkreft hyppighet, befolkning og helsevesen. Følgelig kan det være gode håp om at de lovende svenske resultatene også er gyldige i Norge. Overlevelsen ved brystkreft er bedret betydelig etter at det norske screeningprogrammet ble startet, men dette alene forteller oss i praksis ikke om screening har de ønskede effektene, da det like gjerne kan være en effekt av tidligere diagnose som en reell bedring i prognosen. Hvis for eksempel en gruppe kvinner får diagnosen to år før, men ikke har noen reell bedring i prognosen, vil beregnet overlevelse likevel ventes å gå opp, siden kvinnene lever lengre med

diagnosen. Følgelig vil screening på grunn av tidligere diagnoser gi økt beregnet overlevelse, også uavhengig av om man forhindrer brystkreftdødsfall. Det man må gjøre er å se om et organisert offentlig screeningprogram faktisk påvirker dødeligheten av brystkreft i befolkningen. Vi har i den senere tid sett en nedgang i brystkreftdødsfall i Norge (FIGUR 4), men denne nedgangen kommer noe tidligere enn man ville forventet ved screening. Å vurdere trendene i brystkreftdødeligheten er ingen lett oppgave siden det er mange forhold knyttet til brystkreftforekomst og dødelighet som kan være endret over tid. Eksempelvis har det samtidig med innføringen av screeningen både vært en endring i behandlingsregime og en endring i bruken av hormoner for kvinner i overgangsalderen (12). Det kreves derfor en ekstra grundig gjennomgang av det norske materialet, hvor man også tar hensyn til tidligere diagnose, fylkesforskjeller og variasjoner i risikofaktorer (13). Etter 12 år med offentlig mammografiscreening i Norge har Helse- og omsorgsdepartementet gjennom Forskningsrådet tildelt midler til en omfattende evaluering av det norske mammografi-programmet, der studier som ser på om programmet har redusert brystkreftdødeligheten står sentralt (<http://www.forskningsraadet.no>).

I påvente av resultater fra disse evalueringene, vil jeg gå mer inn på andre sider ved brystkreftscreeningen. Ved siden av hovedmålet som er redusert dødelighet, kan screening ha



FIGUR 4: Utvikling i forekomst og dødelighet av brystkreft i Norge.

flere andre positive sider. Mange kvinner oppfatter et negativt screeningsvar som beroligende, og små svulster funnet på screening er lettere å behandle enn større kliniske svulster.

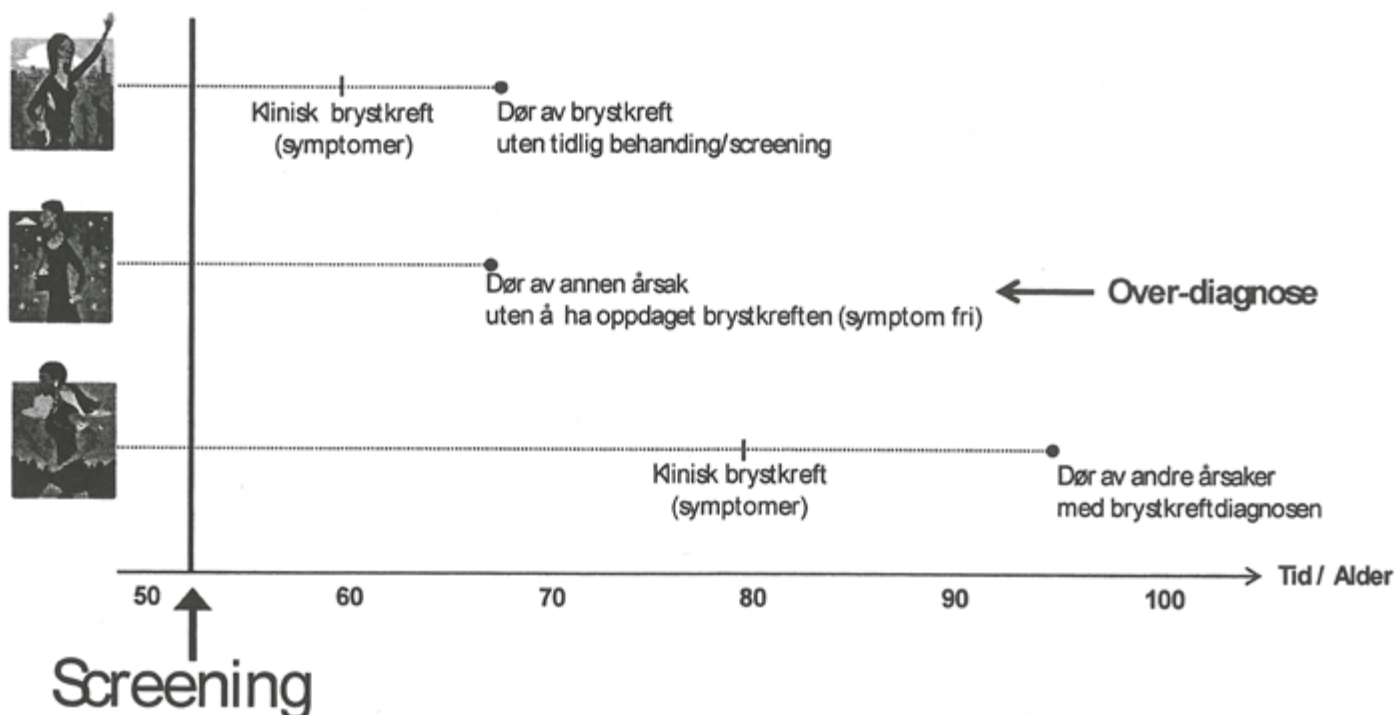
Dersom kvinner i de aktuelle aldersgruppene ønsker mammografiscreening, er det et sentralt spørsmål hvor kostnads-effektivt det er å ha ett nasjonalt screeningprogram. I land som USA er også mammografiscreening vanlig, men drevet på de enkelte kvinners initiativ og ikke lagt opp som et organisert screeningprogram for hele den aktuelle befolkningen. Erfaring tilsier at slik opportunistisk screening er vanskeligere å optimalisere med tanke på kvalitet og ressursbruk (14). Tilbudet ved de regionale brystkreftdiagnostiske sentre har også en positiv effekt for kvinner som ikke omfattes av screeningprogrammet ved å sikre rask, effektiv og moderne behandling.

Problemer knyttet til mammografiscreening

Mammografiscreening kan også ha negative sider. Noen kvinner opplever angst og usikkerhet både ved rutineinnkallinger og mammografiske funn som fører til etterundersøkelser selv om det i etterkant viser seg å ikke bli diagnostisert brystkreft. Det er estimert at en av fem kvinner vil oppleve en etterinnkalling uten påfølgende bekreftet diagnose i løpet av de ti screeningundersøkelsene som er planlagt fra hun er 50 til 69 år i henhold til det norske

mammografiscreeningprogrammet (15). Heldigvis rapporterer de fleste at en etterinnkalling er et midlertidig problem, men fem prosent sier at etterinnkallingen er deres verste opplevelse noen gang (16).

Vi har i dag ingen god metode for å skille ut hvilke svulster som vil ta liv ved senere diagnose/behandling, og ingen vil på forhånd kunne si noe om kvinnen vil leve lenge nok til å få nytte av tidligere behandling, eller om hun ville dø av andre årsaker før brystkreftsvulsten ville gitt kliniske symptomer. En vanlig definisjon av overdiagnostikk er de kvinnene som ikke ville fått en brystkreftdiagnose løpet av sin levetid hvis de ikke hadde deltatt i screeningundersøkelsen (17). I praksis betyr dette at brystkreftsvulsten ville utviklet seg så langsomt at den ikke ville gitt kliniske symptomer i kvinnens livstid. Definisjonen setter fokuset på et hovedproblem: helsepersonell vet lite om hvor fort en svulst vil utvikle seg, og enda mindre om hvor lenge en gitt kvinne vil leve. Problemet kan illustreres med tre skjebner (FIGUR 5), alle har en brystkreftsvulst de ikke kjenner til, men som kan avdekkes på screening ved 50 års alder. Den ene kvinnen ville uten screening fått diagnosen 60 år gammel og dødd av brystkreft 68 år gammel. Den andre kvinnen ville uten screening dødd ved 67 ½ års alder, uten noen gang å oppdage brystkreften, mens den tredje kvinnen ville uten screening fått diagnostisert brystkreft 80 år gammel, men dødd av andre årsaker ved 95 års alder.



FIGUR 5: Screening og overdiagnostikk – Hvem har nytte av screening?

Etter den klassiske overdiagnostikkdefinisjonen ville den andre kvinnens screeningfunn klassifiseres som overdiagnostikk, mens den første og tredje fikk en reell tidlig diagnose ved å delta i screeningprogrammet. Optimalt burde bare den første bli oppdaget på screening, men ettersom svulstene ser like ut og ingen vet når og av hva kvinnen vil dø, må man i praksis behandle alle. Den tredje kvinnen ville ha blitt behandlet 30 år tidligere enn ellers og uten at det hadde noen betydning for hvor gammel hun ble. Dette kunne også kalles overdiagnostikk, men blir som oftest omtalt som overbehandling.

I praksis vil ethvert screeningprogram ha en viss grad av overdiagnostikk, og det viktige spørsmålet blir hvor mange man redder og til hvilken kostnad i form av overdiagnostikk eller ulemper ved overbehandling. For å belyse dette har flere studier bygd modeller for utvikling av brystkreft og kombinert data fra randomiserte forsøk og screeningprogrammer. Grunnet veldig forskjellig bruk av modeller og data varierer dessverre estimatene for overdiagnostikk mye, alt fra 1,7–54 prosent (17). Gode studier fra senere år tyder på en overdiagnostikkrate under 10 prosent (18; 19), men usikkerheten er stor, og det er fortsatt stort behov for nye studier.

Overdiagnostikkrater kan trolig variere betydelig mellom screeningprogrammer, og det er viktig å se på resultatene til hvert enkelt program. Ved bruk av historiske brystkreftarter som sammenligningsgrunnlag, har vi i Norge sett relativt stor økning av brystkreft-tilfeller ved første screeningrunde, uten tilsvarende fall i brystkreftfrekvens etter screening (20). Det har vært hevdet at dette betyr at det norske

screeningprogrammet har svært stor grad av overdiagnostikk (1), men disse undersøkelsene har trolig ikke tatt tilstrekkelig hensyn til den store økningen i bruk av hormoner ved menopause som øker brystkrefttrisikoen (12; 21), og det er behov for gode analyser som også tar hensyn til hormonbruk.

Mens kunnskapen om overdiagnostikk fortsatt er begrenset, blir problemstillingen stadig mer aktuell ettersom nye diagnostikkmeter som digital mammografi gjør det mulig å oppdage svulster enda tidligere. Et særlig problem her er såkalt ductal carcinoma in situ [DCIS], svulster som ikke har begynt å vokse inn i nærliggende vev. Det er for tiden stor usikkerhet i hvilken grad DCIS svulster vil utvikle seg til invasive svulster, og de utgjør drøye 17 prosent av svulstene som blir funnet i det norske mammografi-programmet. I dag behandles så godt som alle DCIS, men det er behov for mer forskning, for lettere å forstå hvilke svulster man bør behandle og hvilke som neppe vil utvikle seg til livstruende brystkreft i kvinnens levetid.

Når et screeningprogram både redder liv og medfører overdiagnostikk, er det naturlig å vurdere fordelene opp mot ulempene for befolkningen som helhet. Et mål for dette er å se på summen av antall ekstra år kvinner i programmet må gå med diagnosen, per leveår spart grunnet screeningprogrammet. Også her er det stor usikkerhet, men estimerer fra Nederland tilsier at screeningprogrammet der i sum gir 0,75 år ekstra leveår per ekstra år med brystkreftdiagnose (22). Dette forholdet er trolig noe dårligere ved høyere alder, mens man ved screening før overgangsalderen sliter

med tette brystvev som er mindre velegnet for mammografiundersøkelser. På denne bakgrunn har man i Norge valgt å screene kvinner mellom 50 og 69 år, for å optimalisere de positive effektene av programmet.

I tillegg til direkte negative effekter for den enkelte kvinne, er det viktig at ressursbruken ved screening vurderes, både med hensyn til kostnader, bruk av helsepersonell og den enkelte kvinnes tid. Studier fra Finland tyder på at hver screening tilfører 2,2 ekstra dager forventet levetid (23). Dette er en moderat gevinst som må sees i forhold til andre kostnader og kvinnens tidsbruk i et til dels spredtbygd land med lange reiseveier, men det er også viktig å merke seg at den ekstra levetiden kommer relativt tidlig, ettersom brystkreft er den vanligste årsaken til tapte leveår for norske kvinner under 65 år (3). På den andre side ser vi at kostnader per sparte leveår ved mammografiscreening trolig er relativt lavt sammenlignet med mange andre helsetiltak, og omregnet til 2006 kroner er det beregnet at hvert sparte leveår koster 51 000–113 000 kr (24; 25).

Referanser

- Zahl PH, Strand BH, Machlen J. Incidence of breast cancer in Norway and Sweden during introduction of nationwide screening: prospective cohort study. *BMJ* 2004; 328(7445):921-924.
- Moller B, Hofvind S, Weedon-Fekjaer H. Unjustified conclusion on overdiagnosis. <http://www.bmj.com>. 17-3-2004. Ref Type: Electronic Citation
- Thoresen SØ. Prøveprosjekt med mammografiscreening i fire fylker; organisering og gjennomføring. *Norsk Epidemiologi* 1997; 7(2):179-182.
- Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2005; 55(2):74-108.
- Hankinson S, Husebye E. Breast Cancer. In: Adami HO, Hunter D, Trichopoulos D, editors. *Textbook of Cancer Epidemiology*. Oxford University Press, 2002: 3001-339.
- Oncolex.no – Bryst – Årsaker. <http://www.oncolex.no/Bryst/Bakgrunn/Arsaker.aspx>. 3-9-2008. Ref Type: Electronic Citation
- Tabar L, Fagerberg CJ, Gad A, Baldetorp L, Holmberg LH, Grontoft O et al. Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. Randomised trial from the Breast Cancer Screening Working Group of the Swedish National Board of Health and Welfare. *Lancet* 1985; 1(8433):829-832.
- World Health Organization. IARC Handbooks of Cancer Prevention: Handbook 7: Breast Cancer Screening. IARC Press, 2001.
- Olsen O, Gotzsche PC. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(4): CD001877.
- Press release; Mammography screening can reduce deaths from breast cancer. www.iarc.fr. 2002. <http://www.iarc.fr>
- ENG/Press_Releases/archives/pr139a.html. Ref Type: Electronic Citation
- NCI Statement on Mammography Screening. National Cancer Institute webpage. 31-1-2002. <http://www.cancer.gov/newscenter/mammstatement31jan02>. Ref Type: Electronic Citation
- Bakken K, Alsaker E, Eggen AE, Lund E. Hormone replacement therapy and incidence of hormone-dependent cancers in the Norwegian Women and Cancer study. *Int J Cancer* 2004; 112 (1): 130-134.
- Olsen AH, Njor SH, Vejborg I, Schwartz W, Dalgaard P, Jensen MB et al. Breast cancer mortality in Copenhagen after introduction of mammography screening: cohort study. *BMJ* 2005; 330 (7485): 220.
- Hofvind S, Vacek PM, Skelly J, Weaver DL, Geller BM. Comparing screening mammography for early breast cancer detection in Vermont and Norway. *J Natl Cancer Inst* 2008; 100 (15): 1082-1091.
- Hofvind S, Thoresen S, Tretli S. The cumulative risk of a false-positive recall in the Norwegian Breast Cancer Screening Program. *Cancer* 2004; 101 (7): 1501-1507.
- Gram IT, Lund E, Slenker SE. Quality of life following a false positive mammogram. *Br J Cancer* 1990; 62 (6): 1018-1022.
- Biesheuvel C, Barratt A, Howard K, Houssami N, Irwig L. Effects of study methods and biases on estimates of invasive breast cancer overdiagnosis with mammography screening: a systematic review. *Lancet Oncol* 2007; 8 (12): 1129-1138.
- Zackrisson S, Andersson I, Janzon L, Manjer J, Garne JP. Rate of over-diagnosis of breast cancer 15 years after end of Malmö mammographic screening trial: follow-up study. *BMJ* 2006; 332 (7543): 689-692.
- Paci E, Duffy SW. Modelling the analysis of breast cancer screening programmes: sensitivity, lead time and predictive value in the Florence District Programme (1975-1986). *Int J Epidemiol* 1991; 20 (4): 852-858.
- Weedon-Fekjaer H, Vatten LJ, Aalen OO, Lindqvist B, Tretli S. Estimating mean sojourn time and screening test sensitivity in breast cancer mammography screening; new results. *J Med Screen* 2005; 12 (4): 172-178.
- Weedon-Fekjaer H, Sorum R, Brenn MK. Hormone Therapy Use May Explain Recent Results Regarding Tumor Regression. *Arch Intern Med* 2009; 169 (10): 996-997.
- Boer R, de Koning HJ, van der Maas PJ. A longer breast carcinoma screening interval for women age older than 65 years? *Cancer* 1999; 86 (8): 1506-1510.
- Hakama M, Pukkala E, Soderman B, Day N. Implementation of screening as a public health policy: issues in design and evaluation. *J Med Screen* 1999; 6 (4): 209-216.
- Wang H, Kåresen R, Hervik A, Thoresen SØ. Mammography screening in Norway; results from the first screening round in four counties and cost-effectiveness of a modeled nationwide screening. *Cancer Causes Control* 2001; 1(12): 39-45.
- Norum J. Breast cancer screening by mammography in Norway. Is it cost-effective? *Ann Oncol* 1999; 10 (2): 197-203.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: harald.weedon-fekjaer@krefregisteret.no

Medisinsk bruk av cannabis

Berettiget eller overdreven optimisme?

AV JØRGEN G. BRAMNESS

Cannabis biokjemi og veien til medisinsk bruk

Cannabis er vårt vanligst brukte illegale rusmiddel og er framstilt av planten cannabis sativa. Hovedsaklig misbrukes stoffet i to ulike former, som marihuana hvor den tørkede blomsten røykes eller som hasjij hvor oljen fra planten inntas, enten som sådan eller ved at den røykes blandet med tobakk. Det er over 200 forskjellige kjemiske substanser i cannabis og mer enn 60 av dem er psykoaktive cannabinoider. Den mest potente og muligens viktigste er Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC). I 1988 oppdaget man cannabisreseptoren i hjernen og man har etter hvert klonet disse og oppdaget og beskrevet kroppsegne endocannabinoider (anandamider).

Som for mange andre planter har vi anekdoter om medisinsk bruk av cannabis fra svært gammelt av (1). Den kjemiske og etter hvert biokjemiske kunnskapen om cannabinoider, THC, endocannabinoider og cannabisreseptoren har videre ført til en rekke cannabisprodukter og legemidler som interagerer med cannabisreseptoren og har et terapeutisk potensial.

Disse stoffene omfatter:

- Cannabis/THC (cannabisekstrakt: Sativex® og syntetisk THC: dronabinol)
- Endogene ligander (anandamid, noladineter og AG2)
- Syntetiske ligander (medisiner under utvikling)
- Antagonister (rimonabant; Acomplia®)

Medisinsk bruk av cannabis og cannabinoidreseptoragonister

Man tyr ofte til å bruke marginale grupper (for eksempel terminale pasienter) når man skal prøve ut terapeutika som kan vekke motstand og hvor det av etiske grunner kan være vanskelig å få godkjenning til å gjøre kliniske forsøk. Dette gjelder forskningen på de antidepressive effekter av ecstasy og det er sant for forskningen rundt cannabis som legemiddel. Cannabisprodukter har blitt forsøkt brukt på terminale



Jørgen G. Bramness

er forskningsdirektør, professor, dr. med. ved Senter for rus og avhengighetsforskning ved Universitetet i Oslo og innehar en deltidsstilling ved Avdeling for legemiddelepidemiologi ved Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Utdannet lege fra Universitetet i Oslo og psykiater fra Diakonhjemmet sykehus. Han har gjort forskning innen områdene psykiatrisk epidemiologi, klinisk farmakologi og rusmiddelmisbruk, og har publisert mer enn 50 vitenskapelige artikler.

pasienter, kronisk alvorlig syke der annen behandling enten svikter eller ikke er tilgjengelig eller tilstander der man helt mangler behandling.

Tilstander jeg vil komme til å omtale i denne artikkelen er:

- Kvalme hos cellegiftbehandlede pasienter
- Smertelindring
- Spastisitet og andre symptomer hos MS-pasienter
- AIDS-relatert svakhet

Kvalme hos cellegiftbehandlede pasienter

Moderne kjemoterapi ved kreft er ofte aggressiv. En vanlig og alvorlig bivirkning er uttalt kvalme og oppkast som kan være vanskelig å kontrollere. Selv om det er utviklet flere effektive legemidler mot cellegiftindusert kvalme, som serotoninantagonister (ondansetron, palonosetron og tropisetron) og substans P nevrokinin-1-antagonister (aprepitant) vil ikke alle hjelpes tilfredsstillende av dette. Man har spurt seg om det finnes en plass for cannabis i behandlingen. Det er gjort relativt mange og gode studier på cannabis sin plass i denne behandlingen. Det er også gjort «back-to-back» studier der cannabinoider er sammenlignet med andre antiemetika. Problemet er at de fleste studiene sammenligner med eldre antiemetika (proklorperazin og metoklopramid). I disse studiene som er oppsummert i en lengre artikkel i BMJ i 2001 er cannabinoider bedre (om enn bare noe bedre) enn tradisjonelle antiemetika på å stille kvalme, og foretrekkes nesten alltid av pasientene på grunn

Artikkelen er basert på et foredraget «Cannabis som medisin» holdt på Forbundet mot rusgifts årlige forskningskonferanse 14. november 2008.

av den stemningshevende effekten (2). Likevel konkluderer forfatterne forsiktig at

«potentially serious adverse effects, even when taken short term orally or intramuscularly, are likely to limit widespread use»

Dette er antagelig en politisk korrekt, men svært forsiktig konklusjon. På den tiden var det sikkert en nødvendig konklusjon, men andre har vært uenig i dette (3). I lys av de nyere legemidlene utviklet på området er det ikke grunn til å tro at cannabis eller cannabinoider vil få en bred plass i behandlingen av cellegiftrelatert kvalme.

Smertelindring

Smertetilstander er meget utbredt i befolkningen, men det er i liten grad utprøvd om cannabis har effekt mot dagliglivets smerter, noe som antagelig også er lite aktuelt på bakgrunn av de bivirkningene en utbredt bruk ville ha. Cannabisprodukter er imidlertid undersøkt i relasjon til mer alvorlige smerter som smerter som følge av malign sykdom, postoperativ smerte og smerter som følge av sykdommer i sentralnervesystemet.

Også her er det relativt mange studier med god design. I en metaanalyse presentert i BMJ konkluderes det imidlertid med at cannabis og cannabinoider ikke er mer effektive enn tradisjonelle smertestillende medisiner, ei heller kodeinpreparater. Forfatterne konkluderer derfor med at det ville være uheldig om man fikk en utbredt bruk av cannabinoider og cannabis på denne indikasjonen på grunn av de uheldige bivirkningene som cannabis gir og faren for utbredelse av misbruk (4):

«cannabinoids are no more effective than [e.g.] codeine in controlling pain and have depressant effects on the central nervous system that limit their use. Their widespread introduction into clinical practice for pain management is therefore undesirable»

Spastisitet og andre symptomer hos ms-pasienter

Multipel sklerose er en progredierende nevrodegenerativ sykdom som rammer omtrent 1 promille av befolkningen. Sykdommen kan gi opphav til alle mulige slags nevrologiske symptomer, men ofte vil symptomer som ataksi, tremor, smerter og spastisitet kunne være meget plagsomme. Ataksi hjelpes ikke av cannabis eller cannabisprodukter (5). Cannabis virker sannsynligvis heller ikke i forhold til tremor.

Når det gjelder smerter gjennomgås dette i en oversikt fra 2007 (6) med seks publiserte (publikasjonsstatus var egentlig bare *akseptert* på det tidspunktet) artikler og én RCT-rapport (som ikke ble publisert) på til sammen 298 pasienter (222 i aktiv gruppe vs. 76 i placebogruppen). Cannabinoider var bedre enn placebo ($p = 0,029$) på smertelindring, men



man kan spørre seg om forskjellen var klinisk betydningsfull. Den viktigste bivirkningen var svimmelhet. Cannabinoidet som ble brukt var Sativex® og metaanalysen var sponset av GW Pharmaceuticals som produserer stoffet. Cannabisprodukters og THCers effekt på spastisitet, bl.a. ved MS er mye omtalt i en lang rekke kasuistikker og oppsummeringer av disse (se bl.a. <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/booth/neurol/cannspms.html>). GW Pharmaceuticals har også sponset flere studier som har tatt for seg cannabisprodukteneffekt på MS-relatert muskelspastisitet. Den omfattende CAM-studie (http://www.mssociety.org.uk/research/news_in_research/key_results.html) viser nedslående resultater, hvor selv ikke de optimistiske produsentene av stoffet fant noen effekt. Det kan i denne forbindelse nevnes at produsenten av Sativex sponser den engelske MS-siden: <http://www.mssociety.org.uk/index.html>.

Aids-relatert svakhet

Anoreksi, avmagring, kvalme, smerter kan være en del av det som kalles AIDS-relatert svakhet, en tilstand som nok var vanligere forut for moderne HIV-terapi. Cannabis ble introdusert som legemiddel fordi man kjente til glukofa-

gien relatert til bruk av cannabis. Man undret om det ikke kunne være en plass for bruk av cannabis. Selv om dronabinol gir en signifikant appetittøkning (7) er nok denne indikasjonen mindre aktuell nå enn tidligere på grunn av moderne HIV-behandling og også fordi cannabis kan ha en immunmodulerende og evt. dempende virkning, noe som er uønsket for HIV-pasienter.

Cannabisantagonister

De mesolimbiske dopaminerge motivasjonsbanene står sentralt i utviklingen av avhengighet. Forskningen rundt disse banenes betydning for rus og avhengighet har vært betydelig de siste årene (8) og har gitt oss en dypere innsikt ikke bare i hvordan enkelte stoffer kan gi rus og avhengighet, men også hvilke faktorer som påvirker de forsterkende effektene. Endogene cannabinoider spiller antagelig en sentral rolle i opprettholdelsen av de signaler som gir opphav til rus og forsterkende effekter av rusmidler. Uten signalene til de endogene cannabinoidene er det grunn til å tro at utviklingen av avhengighet, ja, motivasjon i det hele ville være umulig. Dette har gitt opphavet til å tenke om antagonister kunne spille en rolle i det å dempe, rus, sug og avhengighetsatferd. Dyreforsøk viser at cannabinoidreseptorantagonister kan dempe avhengighetsutvikling (9). I en serie med forsøk har cannabisantagonisten rimonabant (Acomplia®) vist seg å dempe nikotinformbruk, alkoholsug og til og med bruk av sentralstimulerende stoffer. Medikamentet var slik sett et lovende medikament brukt mot avhengighet. Man kan spørre seg hvorfor produsentene valgte å lansere medisinen som en medisin mot overvekt. Antagelig var dette ut fra markedshensyn, men det var trolig også et lite heldig valg. Gitt til noen få kunne kanskje medisinen hjulpet med avhengighetsatferd og rusproblemer. Gitt til mange tusen mennesker mot overvekt ble problemene med bivirkningene mer synlig. Den økte forekomsten av depresjon og selvmordsforsøk gjorde at rimonabant ble trukket fra verdensmarkedet i oktober 2008. Det er sannsynlig at nye cannabisantagonister vil bli lansert i årene som kommer og det er å håpe at denne løfterike virkningsmekanismen kan utnyttes uten slike alvorlige bivirkninger som rimonabant ga.

Hvem kan vi stole på?

Kan vi stole på pressen?

I en interessant studie av Montané og medarbeidere (10) fra 2005 gjennomgikk man kvaliteten av avisartikler som omtalte vitenskapelige funn om cannabis over en treårsperiode i ti spanske aviser. Alle omtalene ble gradert på en skala fra 0 til 14, hvor 0 var en solid artikkel og 14 var en artikkel som tok feil i alle aspekter av presentasjonen. Noe under halvparten av avisoppslagene hadde mange alvorlige mangler (45 prosent skårte mer enn fire). De fleste kom

med feilinformasjon om cannabinoider (79 prosent), to tredeler av oppslagene var urettmessig sensasjonspregede, en tredel var egnet til å feilinformere og villede beslutningstager og like mange brukte medisinske begreper på en måte som viste at man ikke hadde kunnskap nok til å formidle det komplekse budskapet.

Forfatterne er usikre på om denne virkelighetsbeskrivelsen bare gjelder nyheter om cannabis, eller all medisinsk journalistikk. Forfatterne råder de medisinske tidsskriftene og forskerne til å være enda flinkere i sin omgang med pressen, ved å tilrettelegge bedre for god forståelse formulering. Det er liten tvil om at allmennhetens forståelse av betydningen av cannabis som medisin i større grad preges av oppslag i media enn av den medisinske evidensen. Slik sett er disse funnene interessante for oss når vi møter pasienter som har hørt at cannabis kan virke for dem.

Kan vi stole på en subjektiv effekt?

Kasuistikker fra mange MS-pasienter bærer vitnesbyrd om en subjektiv effekt av cannabis og cannabisprodukter som vi ikke kan se bort i fra. Det samme gjelder pasienthistorier om den kvalmestillende effekten av cannabisagonister. I 2008 fikk ikke flere enn syv pasienter dronabinol (syntetisk THC) på resept i Norge på registreringsfritak. Vi vet ikke hvor mange som har fått Sativex® (www.reseptregisteret.no). Det vi vet er at det er en god del spørsmål om disse medikamentene også hos allmennleger. Går man til internett finner man en skog av informasjon til støtte for cannabis sin virkning. De som støtter medisinsk bruk av cannabis vet å bruke nettet. Ofte i samarbeid med dem som ønsker en legalisering av hasj i et bredere perspektiv.

I en intervjuundersøkelse av 175 MS-pasienter i Spania fant forskerne at nesten halvparten på et eller annet tidspunkt hadde brukt cannabis (11). Av de 175 ble 45 definert som «recreational users», mens 30 som «medical users» av cannabis. Alle cannabisbrukerne var sterkt motiverte og positive til at cannabis kunne ha en gunstig medisinsk virkning. Alle cannabisbrukerne hadde også mer MS-symptomer, rapporterte mer effekt av cannabis, brukte cannabis mer, men alkohol sjeldnere. Mest interessant var prediktorene for å havne i gruppen medisinsk bruk. Her var om pasienten røyket, var ung, og hadde tro på effektene viktigst. Også smerter og MS-symptomer betydde noe, men langt mindre. Denne undersøkelsen kan få oss til å undre om ikke MS-pasienter i noen grad overvurderer de positive effektene av cannabis. Dette er ikke et ukjent fenomen. Vi vet at hypnotikabrukere gjerne overdriver de søvnforbedrende effektene av sovemidler. På den annen side er den subjektive opplevelsen av bedring på fenomener som søvn og ikke minst smerter viktig.

Konklusjon

Mye av motstanden mot bruk av cannabisprodukter har nok, som mange av tilhengerne hevder, blitt drevet fram av moralisme og skepsis overfor å bruke et narkotisk stoff som medisin. Kanskje er det spesielt vanskelig for mange at en av de største fordelene for pasientene er den stemning-hevende effekten ved bruk. Dette forhindrer ikke at vi må konkludere med at den terapeutiske effekten av cannabisprodukter har vært skuffende og at det i de fleste tilfeller er slik at det finnes gode alternative farmaka til å behandle de tilstandene hvor cannabisprodukter har vært prøvd. De kunnskapsoppsummeringer som er gjort støtter et slikt syn. Til en viss grad er det også slik at personer med økonomiske interessekonflikter og liberaliseringstilhengere som har ytret en overdreven optimisme på cannabisproduktene vegne. Funnene fra de positive undersøkelsene er sikkert ikke underkommunisert på internett eller i pressen. På den annen side må vi huske at kunnskapsoppsummeringer undersøker effekter på gruppenivå. Vi kan ikke utelukke at enkeltindivider som ikke blir hjulpet av registrerte legemidler kan ha en effekt av cannabisrelaterte produkter for de indikasjonene som er testet. Det biokjemiske grunnlag på plass og i framtiden vil vi nok se noe bruk av cannabinoider i forhold til MS-relaterte smerter. For dem som er opp-tatt av evidensbasert medisin er dette virkelig et område hvor vi har bruk for kunnskapsoppsummeringer og en dyp forståelse av disse oppsummeringene begrensninger.

Litteratur

1. Khiabani HZ, Mørland J. Cannabis og cannabinoider som legemidler. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 579–82.
2. Tramer MR, Carroll D, Campbell FA, Reynolds DJ, Moore RA, McQuay HJ. Cannabinoids for control of chemotherapy induced nausea and vomiting: quantitative systematic review. Bmj 2001; 323: 16–21.

3. Guy G, Whittle B, Robson P. The medicinal uses of cannabis and cannabinoids. London: Pharmaceutical Press; 2004.
4. Campbell FA, Tramer MR, Carroll D, Reynolds DJ, Moore RA, McQuay HJ. Are cannabinoids an effective and safe treatment option in the management of pain? A qualitative systematic review. Bmj 2001; 323: 13–6.
5. Mills R, Yap L, Young C. Treatment for ataxia in multiple sclerosis (review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2008.
6. Iskedjian M, Bereza B, Gordon A, Piwko C, Einarson TR. Meta-analysis of cannabis based treatments for neuropathic and multiple sclerosis-related pain. Curr Med Res Opin 2007; 23: 17–24.
7. Beal JE, Olson R, Lefkowitz L, Laubenstein L, Bellman P, Yangco B, et al. Long-term efficacy and safety of dronabinol for acquired immunodeficiency syndrome-associated anorexia. J Pain Symptom Manage 1997; 14: 7–14.
8. Bramness JG. Nevrobiologisk forståelse av rusmiddelproblemer. Utposten 2009; 38: 22–8.
9. Solinas M, Yasar S, Goldberg SR. Endocannabinoid system involvement in brain reward processes related to drug abuse. Pharmacol Res 2007; 56: 393–405.
10. Montane E, Duran M, Capella D, Figueras A. Scientific drug information in newspapers: sensationalism and low quality. The example of therapeutic use of cannabinoids. Eur J Clin Pharmacol 2005; 61: 475–7.
11. Martinez-Rodriguez JE, Munteis E, Carreno M, Blanco Y, Roquer J, Abanades S, et al. Cannabis use in Spanish patients with multiple sclerosis: fulfilment of patients' expectations? J Neurol Sci 2008; 273: 103–7.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
jorgen.bramness@fhi.no



Hematologianalysator SYSMEX pocH-100i

pocH-100i – spesielt utviklet for bruk i primærhelsetjenesten og pasientnær analysering.

- Raske og nøyaktige svar på 19 parametere
- 3-parts differensiering av WBC
- Histogram for WBC, RBC og PLT
- Kvalitetskontrollprogram
- Lagringskapasitet: 100 pasientprøver og 60 QC plot
- Enkel betjening via berøringsskjerm
- Lukket prøvesystem med perforering av kork
- Lav prøvepris
- Lite plasskrevende
- Stillegående
- Kan kobles til journalsystem
- Minimalt vedlikehold
- Gunstig og fleksibel serviceavtale

Art. nr. 023-1851-1 Hematologianalysator SYSMEX pocH-100i



Oslo Tlf: 22 07 65 50
Bergen Tlf: 55 94 83 10
Trondheim Tlf: 73 82 64 50
Sandnes Tlf: 51 63 79 79
www.medinor.no

Lyrikk

En Lyrisk stafett

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

Tove Rutle – lagleder

Jeg skal *ikke* skryte på meg at jeg er noe «diktmenneske», men når jeg får en utfordring fra min gode venn Hermod Helland i Stjørdal, må jeg gjøre det beste ut av det.

Jeg er nok tilbøyelig til å like best dikt med god rytme og lettfattelig innhold, gjerne med formuleringer som jeg kan gruble over i ettertid. Dessuten liker jeg å sette forfatteren inn i sin samtid. Der er det nok historikeren i meg som slår inn. Derfor liker jeg godt radioprogram om forfattere.

Nylig hørte jeg et slikt program om Herman Wildenvey. Der ble det gjort et poeng av at han var en meget folkekjær dikter i sin tid, men at han kanskje er blitt noe glemt i ettertid. Han hadde sitt gjennombrudd i 1907, samme år som Sigrid Undset, Olav Duun og Johan Falkberget, så han hadde jo noe å konkurrere med.

Det er enda en grunn til at jeg har visse følelser for Wildenvey: han var gift med Giske Wildenvey som var i nær slekt med min kontordame, Edna, da jeg jobbet som distriktslege i Svolvær på 1980-tallet. Giske levde fremdeles da jeg dro derfra i 1983.

Jeg har valgt to små dikt som sikkert ikke er kjente, men som jo er aktuelle for unge menn i alle aldre. Dessuten er de veldig Wildenvey'ske.

Kjærlighet

Han går ikke mere til henne
og nynner en øm melodi:

Han går, men er nødt til å vende,
for hun har jo gjort det forbi ...

Nu går han alene og fabler
om alt, som så vidt var begynt,
mens månen i kveldsjøen stabler
en søyle av skinnende mynt.

Og minnene stormer hans sanser ...
men himmel, hvor svermer han hen?
Han går ikke dit, hvor hun danser,
han går, men han vender igjen.

Han hører hvor fløyten låter,
der spilles en sår melodi ...
Han nynner den med til han gråter.

Kvinner og atter kvinner

Kvinner og atter kvinner,
det er meg all livets musikk.
Og tusen og ett er de minner
om kvinner og atter kvinner,
jeg fikk, eller ikke fikk.

Nu vel, men slik sang om kvinner
den ender så of te i moll.
Og fjerne og få blir de minner
om kvinner og atter kvinner,
som alle er fanivold.
så vandrer han huset forbi.

Hilsen Per Rogne som utfordrer Rolf Egil Sollid ved Viken legesenter.



Hva med personvern eller taushetsplikt?

Av og til er jeg innom legesenteret for små nødvendige ærend. Vi har et godt og vel-fungerende legesenter i bydelen, med dyktige leger og annet helsepersonell og jeg er veldig godt fornøyd. Men jeg reagerer på det jeg mener er en dårlig teknisk/arkitektonisk løsning på «innredningen», som gjør at det er en stor utfordring for legene og helsesekretærene å overholde taushetsplikten mot publikum.

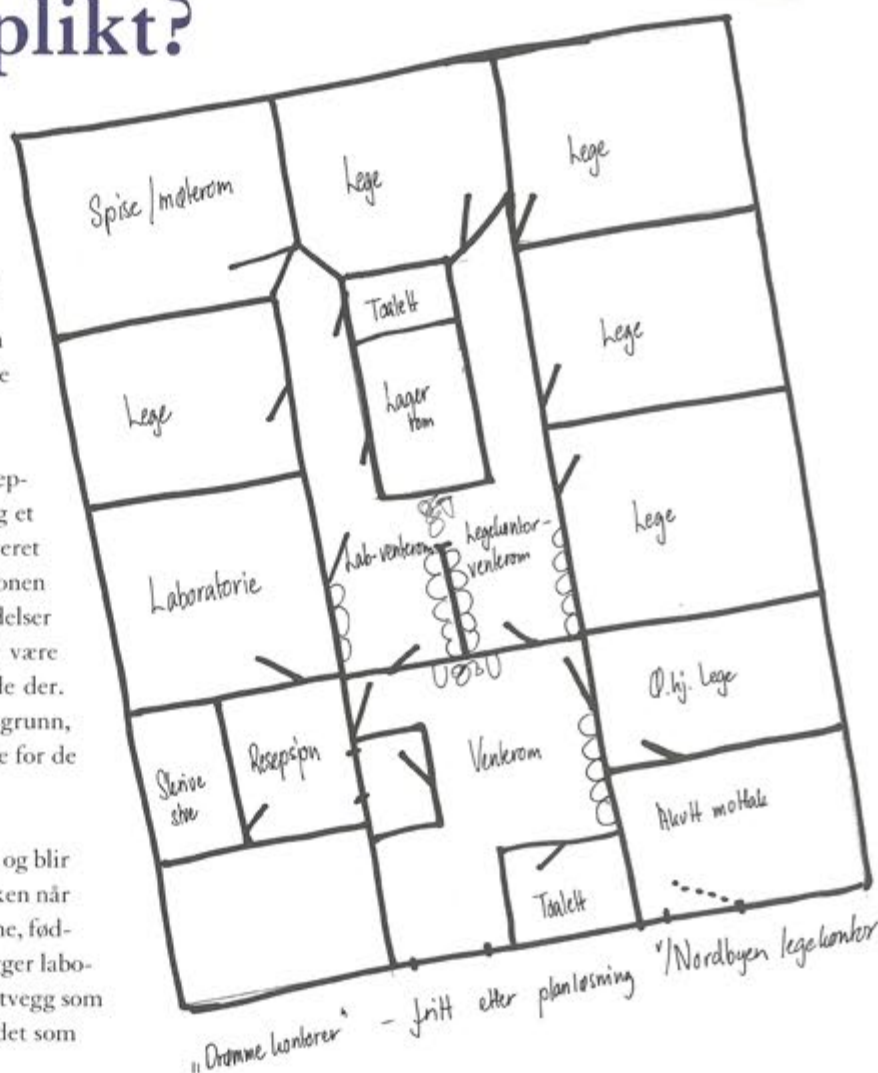
Vi kommer inn i en gang som går rett over i resepsjonen. Rundt resepsjonen er legekontorene og et venterom. Alle som henvender seg til legesenteret må bli stående (der er det ikke stoler) i resepsjonen og vente til det blir deres tur, for alle henvendelser går via resepsjonen. Det kan derfor til tider være ganske overfylt av pasienter og/eller pårørende der. Alle må oppgi fødselsnummer og henvendelsesgrunn, og det er ganske vanskelig å unngå å høre dette for de andre som befinner seg i resepsjonen.

Alle telefoner til legesenteret kommer også inn og blir besvart i resepsjonen. Står man nærmest skranken når det ringer så overhører man også disse samtaler, fødselsnummer og henvendelsesgrunn. I tillegg ligger laboratoriet inntil resepsjonen, med bare en halv lettvegg som skiller. Det er også vanskelig å unngå å høre det som foregår der.

Jeg er ikke spesielt paranoid av meg, og er heller ikke spesielt følsom for om noen «uvedkommende» får høre hva slags medisiner jeg får, eller mine personalia forøvrig. Men det skal sies at jeg har heller ingen alvorlige eller vanskelige problemstillinger jeg må «luften» i resepsjonen. Men jeg har følt meg brydd på andres vegne når de har måttet presentere sitt sykdomsbilde, med ganske mange tilhørere.

Jeg har også følt meg ille til mote på personellet vegne når de har bedt om personalia og private opplysninger, med så mange andre rundt. Jeg har også følt meg brydd når personalet gjentar fødselsnummer og navn, og i tillegg konferrerer med legen om pasienten... når jeg dessverre ikke kan unngå å høre. Jeg kan heller ikke se at det er så lett å samtale med pasienten på laboratoriet, med så mange tilhørere?

Jeg tror at kanskje en enkel omorganisering kan løse noe av problemet, og særlig hvis legesenteret kunne disponere



lokalene ved siden av. Men for å overholde taushetsplikten må man nok tenke både nytt og kreativt, og snarest omdisponere lokalene.

Etter siste besøk på legesenteret har jeg fundert litt over hvilke praktiske behov jeg som pasient har når jeg kommer til et legesenter, og så har jeg forsøkt å tenke på hva som kan være helsearbeidernes behov. Jeg har moret meg med å lage en liten skisse som kanskje kan dekke de viktigste behovene for både oss pasienter og helsearbeidere.

Jeg tenker at alle som kommer til legesenteret kommer først inn i et venterom hvor de trekker en kølapp, og når de får tur kommer de inn i et lukket rom hvor de kan presentere sitt ærend. Derfra blir de sendt enten til venterommet foran laboratoriet, eller til venterommet foran legekantorene. De som eventuelt bare skal ha resept, eller lignende går tilbake til det store venterommet. Kanskje en ønskedrøm? Se skisse...


RELIS

 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 farmasøyer og kliniske farmakologer og besvarer spørsmål fra helsepersonell om legemiddelbruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

Lokale soppmidler og amming

Spørsmål til RELIS

Henvendelse fra lege på helsestasjon. Etter at nystatin (Mycostatin) krem ble avregistrert råder det usikkerhet rundt hva som er best egnet for å smøre på kvinnens bryster ved soppinfeksjon. Legen opplever at ammende kvinner får foreskrevet mange ulike, til dels utradisjonelle midler i denne sammenheng. Norske retningslinjer anbefaler klotrimazol (Canesten) krem. Har RELIS andre forslag eller støttes dette?



Soppinfeksjon på brystet hos ammende skyldes vanligvis *Candida albicans* (gjærsopp). Symptomer kan være såre brystknopper, brennende, sviende og stikkende smerter, samt blank eller flassende hud på brystvorten/areola (1). Nystatin (Mycostatin) krem, et behandlingsalternativ, ble avregistrert i september 2008. Miksturformuleringen er fremdeles tilgjengelig på markedet (2).

Nasjonalt kompetansesenter for amming (NKA) anbefaler klotrimazolholdig krem fire til åtte ganger daglig i minimum 14 dager ved behandling av soppinfeksjon på brystet (3). Søk i tilgjengelig litteratur har ikke avdekket andre norske eller skandinaviske anbefalinger for lokalbehandling hos mor. Følgelig ble lege ved NKA rådspurt med hensyn til alternative terapimuligheter. Bortsett fra klotrimazol- og nystatinkrem, har senteret ikke registrert andre dokumentert effektive lokalmidler i dette øyemed. Den aktuelle problemstillingen representerer en utfordring innen omsorgen for ammende kvinner, og er gjenstand for diskusjoner også internasjonalt (4).

Ved manglende effekt av klotrimazol kan behandlingsfrekvensen forsøksvis økes, påført inntil seks til åtte ganger i døgnet. For optimal effekt bør mor instrueres i riktig smøreteknikk. Kremen skal påføres som et tynt lag på brystknoppene og det brune området etter hver amming, når brystet har lufttørket. I følge anbefalingene skal barnet behandles samtidig som mor. Det tilrådes pensling av barnets munnhule med nystatinmikstur. For ytterligere råd og informasjon om behandling av soppinfeksjon på brystet, henvises det til skriv utgitt av NKA (3).

Dersom foreslåtte tiltak ikke fører til symptomlindring i løpet av et par uker finnes andre muligheter. Daktacort krem, som inneholder mikonazol og

hydrokortison, brukes i følge NKA av enkelte ammende med god effekt i tilfeller der det er tvil om soppinfeksjon og/eller eksem på brystet (4). Bruk av denne kombinasjonen hos mor synes også å være trygg i forhold til barnet, med hensyn til både mikonazol og hydrokortison: Mikonazolbruk regnes som ukomplisert på grunn lav biotilgjengelighet hos barnet (5). En kilde oppgir at det er akseptert å applisere hydrokortison krem på mors brystvorter i forbindelse med amming, men bruken bør være minimal. Kremen skal påføres etter amming, og eventuelle større mengder tørkes av før amming. De svakeste hydrokortisonformuleringene på 0,5–1 prosent er anbefalt (6). Daktacort krem inneholder én prosent hydrokortison (7). Til tross for at Mycostatin krem ikke lenger markedsføres i Norge, kan et tilsvarende uregistrert preparat anskaffes gjennom apoteket (8).

I sjeldne tilfeller anbefaler NKA krystallfiolett løsning (4). Det er gjort få gode studier på bruk av krystallfiolett relatert til barn og ammende. Stoffet vil misfarge klær, hud og barnets lepper, i tillegg til at barnet kan få sår dannelse i kinnslimhinnene og nekrotiske hudreaksjoner (6). Krystallfiolett bør derfor ikke regnes som et førstevalg. Et annet nærliggende forslag er nystatin mikstur applisert lokalt hos mor. Vi har ikke funnet dokumentasjon for slik anvendelse av miksturen og NKA opplyser at enkelte kvinner har rapportert svie og forverrede symptomer (4). Statens legemiddelverk har gitt ut en terapianbefaling for dermatomykoser. Terbinafin krem nevnes som et behandlingsalternativ til gjær-soppinfeksjoner, men kun studier med lavere bevisverdi er utført (9). Preparatet anvendes i hovedsak på andre indikasjoner enn soppinfeksjoner på brystet. Lokal bruk av terbinafin på brystet hos ammende og mulige effekter på barnet synes også utilstrekkelig dokumentert.

Andre årsaker til symptomene bør også vurderes ved terapivikt. Diagnostisering av kutan candidiasis gjøres vanligvis på bakgrunn av klinikk. For sikker diagnose bør man imidlertid ta avskrap for direkte mikroskopi eller prøve til soppdyrking med resistensbestemmelse (10).

Konklusjon

Nasjonalt kompetansesenter for amming anbefaler klotrimazolkrem til lokal behandling av soppinfeksjon på brystet hos ammende. Ved terapivikt med klotrimazolkrem bør man i første omgang forsøke å øke behandlingsfrekvensen og kontrollere smøreteknikk, samt følge publiserte råd fra NKA. Alternativt kan nystatinkrem foreskrives på registreringsfritak eller applikasjon av Daktacort krem forsøkes.

Thuy-Tien Maria Huynh
RELIS Vest

Referanser

1. Wiener S. Diagnosis and management of candida of the nipple and breast. *J Midwifery Womens Health* 2006; 51: 125-128.
2. Statens legemiddelverk. <http://www.legemiddelverket.com> (Søk 29. sept. 2009).
3. Nylander G, Tuft E. Candida, soppinfeksjon på brystet. <http://www.rikshospitalet.no/iKnowBase/Content/409732/Informasjonsskriv%20om%20behandling%20av%20Candidainfeksjon.pdf> (6. juli 2009).
4. Gro Nylander, dr. med. Nasjonalt kompetansesenter for amming, Rikshospitalet, pers. medd. 29. sept. 2009/31. sept. 2009.
5. Hale TW, Berens PD. Clinical therapy in breastfeeding patients 2002; 2nd ed.: 124–8.
6. Hale TW, editor. Medications and mothers' milk: A manual of lactational pharmacology 2008; 13th ed.: 434, 476.
7. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Daktacort. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist endret: 24. juni 2009).
8. Apoteker. Vitusapotek Nordstjernen, Bergen, pers. medd. 30. sept. 2009.
9. Trolin I, Brouneus F et al. Terapianbefaling: behandling av dermatomykoser. http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_59115.aspx (6. juli 2009).
10. Norsk elektronisk legehåndbok. <http://www.leghandboka.no/> (30. sept. 2009).

SEMINAR

- fra sykt til sunt



19. nov. 09

Litteraturhuset
i Oslo

Wergelandsveien 29

Program: angstringen.no
pamelding@angstringen.no
Tlf. 47 68 24 46

Arranger:
Angstringen
NORGE

Angst som drivkraft

Erfaringer fra selvhjelpsarbeid i et helseperspektiv

Nytt nettsted om migranter og etniske minoriteters helse



AV THOR INDSETH, redaktør Mighealth.net, Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse

De siste 30–40 årene har innvandringen til Norge økt betydelig og landet har fått en ny befolkningssammensetning. I dag har om lag 10 prosent av befolkningen i Norge innvandrerbakgrunn, for Oslo er tallet om lag 25 prosent. Det er påvist til dels store forskjeller i helse mellom innvandrerbefolkningen og befolkningen generelt. Årsakene til disse forskjellene er mange og sammensatte – både sosiale forhold, kultur, genetikk, tradisjon, migrasjonstilværelsen og akkulturasjonsprosesser virker inn.

I takt med de demografiske endringene har også pasientpopulasjonen på legekantorene endret seg. Dette skaper nye utfordringer i allmennlegenes hverdag. Det kan dreie seg om manglende fellesspråk og kommunikasjonsutfordringer, ulike og for allmennlegen nye sykdomsforståelser, manglende kunnskaper om det norske helsevesenets organisering og noen ganger ukjente sykdomsforekomster. For at leger skal kunne gi et best mulig behandlingstilbud til hver enkelt pasient er det avgjørende at legen har god kjennskap til det samfunnet og den gruppen han eller hun skal betjene. Å besitte kunnskap om innvandrerbefolkningen som pasientgruppe er derfor avgjørende for å kunne yte likeverdige helsetjenester. Hvordan kommunisere tilfredsstillende med personer med svake norskkunnskaper? Hvordan påvirker migrasjon helsen? Dette er bare to av en rekke viktige spørsmål i denne sammenheng. For å gjøre det lettere å finne svar på spørsmål knyttet til utfordringer når det gjelder migrasjon og helse har det nå blitt utviklet et eget nettsted, Mighealth.net.

Forskningen på migranter og etniske minoriteters helse er både nasjonalt og internasjonalt i sin spede barndom. Mye av forskningen, prøveprosjektene, anbefalingene og utredningene som finnes på dette feltet er spredt og tidvis isolert. Dette har gjort det vanskelig for forskere og i særdeleshet praktiskere å finne svar på spørsmål. For å gjøre forskningen

og erfaringene fra feltet bedre kjente tok en internasjonal forskergruppe i 2003 initiativ til å utarbeide en felleseuropeisk nettportal med avgreininger til hvert enkelt land. For tiden utarbeides det nettsider i 17 forskjellige europeiske land. Prosjektet finansieres av EUs direktorat for helse- og forbrukerinteresser, DG SANCO.

27. august 2009 ble de norske sidene offisielt lansert. Mighealth.net Norge administreres av Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) ved Oslo universitetssykehus. Mighealth.net Norge er tenkt som en ressurs for alle forskere, yrkesutøvere, beslutningstakere og brukere som er opptatt av migranter og etniske minoriteters helse. Tekstene på nettstedet blir i hovedsak skrevet av eksterne bidragsytere og publiseres etter godkjenning av NAKMI. De fleste bidragsyterne har blitt invitert til å skrive, men det er åpent for alle å melde sin interesse dersom de ønsker å bidra. Eksterne bidrag fra fagpersoner er avgjørende for at nettstedet skal kunne fungere etter hensikten. Prosjektet kan slik betegnes som en dugnad der både forskere og praktiskere deltar.

På nettstedet publiseres det introduksjonstekster til gitte temaområder samt oversikt over forskning, tiltak og prosjekter på emnet i Norge. I de tilfellene der det er relevant, legges det opp lenker til nyttige ressurser, som for eksempel oversikter over oversatte brosjyrer og tiltak. Nettstedet er under kontinuerlig oppdatering og målet er at ny relevant forskning og gode tiltak fra Norge blir kjent via nettstedet.

For allmennleger kan nettstedet komme til nytte på en rekke måter:

- 1) Først og fremst fordi det samler informasjon som allerede finnes på nett på ett sted. Å få lett tilgang til oversatte brosjyrer på nett kan være både tidsbesparende og viktig i møte med pasienten.



MIGHEALTHNET

Nytt nettstedet om migranter og etniske minoriteters helse

www.mighealth.net/no

- 2) Videre vil en jevnlig bruk av nettsidene gi informasjon og allmennlegen kunnskap om ulike typer tiltak og programmer som pågår eller har pågått. Dette kan for eksempel være kostholdsveiledning eller trimprogrammer spesielt tilrettelagt for innvandrerkvinner.
- 3) Bruk av tolk kan være både vanskelig og utfordrende. På nettsidene vil man finne informasjon som både kan gjøre en til bedre tolkebruker og en mer kompetent tolkebestiller.
- 4) Kjennskap til hvilke barrierer deler av innvandrerbefolkningen opplever i møte med norsk helsevesen kan være nyttig for allmennleger å kjenne til. Bevisstgjøring om slike emner vil kunne gjøre allmennleger i stand til å gi en mer tilrettelagt og adekvat behandling.
- 5) Mighealth.net samler også informasjon om hvor man kan finne mer informasjon om kontekstuelle forhold. Bedre kjennskap til innvandrerbefolkningens situasjon og liv i Norge, økt kunnskap om migrasjon, flukt og pasientgruppens tidligere hjemland kan bidra positivt på flere måter. Det kan skape økt tillit mellom lege og pasient ved at pasienten føler at han/hun blir tatt på

alvor og sett på som individ, det kan bidra til å begrense sjansene for misforståelser.

Nettstedet vil kunne ha en spesiell verdi for leger som er i ferd med å spesialisere seg innen allmennmedisin, fordi det gir enkel tilgang til relevant faglitteratur. For personer som allerede har en særskilt interesse for migrasjon og helse kan sidene hjelpe en å finne kollegaer for erfaringsutveksling og samarbeid. For de som ikke har befattet seg med emnet tidligere, men som har pasienter med innvandrerbakgrunn, vil nettsidene gi verdifull innføring i feltet og informasjon om fagmiljøer og ressurspersoner som kan kontaktes.

Selv om Mighealth.net Norge bare omhandler forskning og tiltak fra Norge, vil Mighealth.net fra de øvrige europeiske landene gi leger lett tilgang til og oversikt over hva som er gjort utenfor Norge.

FOR MER INFORMASJON SE:
www.mighealth.net/no

En kortfattet guide til navigering i DATABASEN «LEXI-COMP»

AV INGRID MOEN ROTVIK (nettredaktør) og Åse Skjerdal (redaktør), Emnebibliotek legemidler, Helsebiblioteket.no



FIG 1

Lexi-Comp er en ny legemiddeldatabase i Helsebiblioteket, gratis tilgjengelig for alle allmennleger og annet helsepersonell i Norge.

Databasen er lagt opp slik at den skal være rask og enkel å bruke. Samtidig gis det mulighet til fordypning på ulike detaljnivå.

Noen fakta

- Leveres av CCM Healthcare
- Bygger på AHFS-håndbøkene
- AHFS – American Hospital Formulary System – er databasen til American Society of Health-System Pharmacists (ASHP)
- MÅL: Å være et hurtig oppslagsverk i kliniske situasjoner
- Oppdateres daglig

Hvordan finner du frem? (SE FIG 1 OVER)

For å navigere i Lexi-Comp tar du utgangspunkt i det øverste venstre hjørne, som er et fast element på alle undersider.

Databasen består av flere deldatabaser (SE FIG 2 T.H.)

- Lexi-Drugs (NOKC)
- AHFS Drug Essentials
- AHFS DI
- Pediatric Lexi-Drugs
- Geriatric Lexi-Drugs
- Natural Products Database
- Pharmacogenomics Online
- Infectious Diseases
- Lab tests, Diagnostic Proc.
- Lexi-Drugs International
- Nuclear/Biological/Chemical Agent Exposures

«Lexi-Drugs» er den mest oppsummerte deldatabasen. NOKC er den engelske forkortelsen for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og indikerer at det er gjort spesialtilpasninger for norske forhold, med integrering av norske preparatnavn og virkestoff, på bakgrunn av ønsker fra Helsebiblioteket.

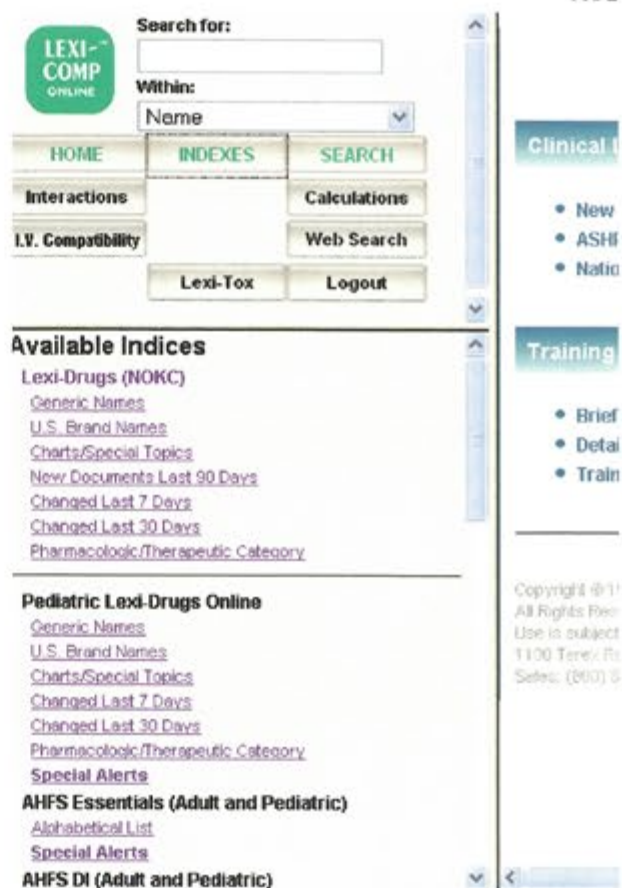


FIG 2

«AHFS Drug Essentials» går ett nivå dypere i legemiddelomtalen og AHFS DI (DI står for «drug information») gir den mest detaljerte legemiddelomtalen. Disse to deldatabasene har også klikkbare referanser.

Et praktisk eksempel (SE FIG 3 NEDENFOR)

Søk på virkestoffet simvastatin

- Venstremargen viser alle indeksene der simvastatin er omtalt
- Klikk på den lenken du er interessert i
- Teksten kommer opp i midtfeltet
- «Name» er forhåndsvalgt, men andre søkekriterier kan velges fra nedtrekksmenyen: adverse reactions, charts/special topics, pharmacologic category, use, warnings etc.

Mulighet til fordypning

Lexi-Comp oppdateres i faktisk tid og er lagt opp slik at databasen skal være rask og enkel å bruke i kliniske situasjoner. Samtidig gis det mulighet til fordypning på forskjellig detaljnivå helt ned til fulle AHFS-monografier. AHFS bygger på over 500 000 referanser.

Noen eksempler på nyttige kilder:

Lexi-Drugs

Deldatabasen inneholder opptil 55 informasjonsområder, inkludert bivirkninger, kontraindikasjoner, dosering, lege-

middelsikkerhet, ikke-dokumentert bruk (unlabeled use), farmakodynamikk/kinetikk, særlige advarsler (special alerts) og internasjonale produktnavn fra mer enn 75 land. Innholdet oppdateres daglig.

Lexi-Natural Products

Informasjon om naturmidler i alminnelig bruk presenteres i en egen database i form av monografier. Hver av dem inkluderer dose og standardisering, rapportert bruk, aktive prinsipper, farmakologi, generelle advarsler, referanser og andre sentrale opplysninger. Det oppgis også hvilke vanlige tilstander ulike naturmidler har vist seg å ha effekt på.

Lexi-Interact

Dette interaksjonsprogrammet utfører analyser av alle pasientens legemidler og naturmidler for å identifisere potensielle interaksjoner. Lexi-Interact er en kunnskapsbasert applikasjon til hjelp i arbeidet med å fastslå pasientspesifikk risiko-nytteeffekt.

Lexi-Comp finner du gratis tilgjengelig på www.helsebiblioteket.no under «databaser».

For å bruke Lexi-Comp må du være innlogget, da tjenesten kun er tilgjengelig for helsepersonell.

FIG 3

The screenshot displays the Lexi-Comp online database interface. On the left, a sidebar menu lists various categories under 'Lexi-Drugs (NOKC) : Simvastatin', including Special Alerts, Medication Safety Issues, Pronunciation, Norwegian Brand Names, U.S. Brand Names, Canadian Brand Names, Pharmacologic Category, Use: Labeled Indications, Dosing: Adults, Dosing: Elderly, Dosing: Pediatric, Dosing: Renal Impairment, Calculations, Administration: Oral, Dietary Considerations, Storage, Contraindications, Allergy Considerations, Warnings/Precautions, Geriatric Considerations, Pregnancy Risk Factor, Pregnancy Considerations, and Lactation. The main content area shows the search results for 'Simvastatin' under 'Lexi-Drugs (NOKC)'. It includes tabs for 'Images', 'Interactions', 'Adult PALS', 'English', and 'Pediatric PALS'. A 'Jump To Field (Select Field Name)' dropdown menu is visible. Below this, a section titled 'Special Alerts' contains a bold heading: 'Ezetimibe (Zetia®), Ezetimibe/Simvastatin (Vytorin®), and Simvastatin Completed Review of the ENHANCE Trial - January 2009'. The text below this heading states: 'On January 25, 2008, the U.S. Food and Drug Administration (FDA) commur would be reviewing the data from the Ezetimibe and Simvastatin in Hypercho Enhances Atherosclerosis Regression (ENHANCE) trial (Kastelein, 2008). The FDA has completed its review of the ENHANCE trial which evaluated the simvastatin (Zocor®) and ezetimibe/simvastatin (Vytorin®) on carotid-artery i thickness (CIMT) in patients with familial hypercholesterolemia. CIMT is a sur believed to translate in a reduction of future cardiovascular events. It is import was an imaging trial and was not powered for clinical outcomes (eg, MI, strok years of treatment, CIMT was increased by 0.011 mm in the ezetimibe and si combination group and by 0.006 mm in the simvastatin alone group. This diff statistically significant even though the combination group demonstrated stati

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 Ann-Kristin Stokke (red.) annkristin_stokke@hotmail.com. Kast dere frampå, folkens!



En vanlig dag på jobben...

Egentlig var det en ganske vanlig dag på jobben, selv om jeg hadde en litt heftig diskusjon med en av mine velkjente pasienter om foreskriving av B-preparat. Pasienten ønsket medisin nå, noe som var avvik fra den planen psykiater hadde satt opp. Jeg avviste pasientens ønske, og var tydelig på at det var satt opp et regime som skulle følges.

Medisineringen var rekvirert fra psykiatrien, med beskjed om at jeg som fastlege skulle følge opp. I utgangspunktet var jeg ikke begeistret for dette opplegget, men jeg fulgte opp i solidaritet og i håp om at pasienten kunne ha nytte av det.

Da jeg etter endt arbeidsdag kom hjem, sto pasienten og ventet på meg på veien utenfor huset. Det jeg ikke visste da, var at han hadde vært inne i huset, og spurt mine barn om hvor jeg var...

Barna opplevde ham som «rar» og «skremmende», men de fortalte at jeg ikke var kommet hjem. Han gikk da ut igjen og barna gikk til vinduet for å se hvor han tok veien.

Da fikk de se at jeg kom. De fikk også se at han slo til meg i hodet så jeg falt i bakken med et smell... og han fortsatte med å sparke meg mens jeg lå nede... alt med barna som tilskuere.

Jeg ville ringe politiet, men hadde mistet mobiltelefonen i fallet, og pasienten moste/kastet den i bakken flere ganger, så den var i tusen biter.

Min sønn på 11 år hadde da stormet ut bakveien og over til naboen etter hjelp, og etter hvert kom jeg meg opp og til naboen, mens pasienten, etter å ha levert fra seg noen kraftige trusler, forsvant nedover veien. Politiet kom aldri til åstedet. Det eneste avhøret av meg, var en telefonisk forklaring dagen etter i forbindelse med en diskusjon med politiet om pasienten skulle innlegges.

Hendelsen var opprivende og dramatisk for både meg og familien! Jeg ble sykemeldt en uke, og prøvde deretter å jobbe litt. Men etter kort tid fikk jeg veldige svimmelhetsanfall, og følte meg slett ikke bra. Jeg har klokkeetro på trening som god medisin, så jeg tok meg ut på ski... og overså alle kroppens signaler på at noe var alvorlig galt. Jeg falt om i skiløypa en kveld, men ble heldigvis funnet, og det bar avsted til sykehus. Der ble jeg liggende i nesten to måneder. Jeg fikk erfare pasientrollen, på godt og vondt, noe som har gjort meg rikere som menneske, og forhåpentligvis klokere som lege. Sykehusoppholdet ble etterfulgt av et rehabiliteringsopphold og mange måneder med opptrening hjemme.

Det har gått halvannet år siden hendelsen og jeg er snart på tur til å prøve meg på jobb. Livet består fortsatt mye av egen trening og fysioterapi. En slik «pause» fra et travelt legeliv, som jeg ble påført, har gitt meg tid til mange refleksjoner og undringer rundt temaer som ikke har klare svar. Noen kan være nyttige å dele...

- Kunne hendelsen ha vært unngått ved forebyggende tiltak?
- Er det vanskeligere å beskytte seg for slike hendelser i et lite lokalsamfunn?
- Skal vi som fastleger ta ansvar for oppfølging av spesialistenes forskrivninger når vi vet av erfaring at det kan medføre trusler og eventuelt vold mot oss?

Jeg ble anbefalt av politiet å ikke anmelde pasienten, det skulle påtalemyndigheten gjøre. Men i ettertid betyr det at min status i rettsaken ikke ble voldsoffer, men politiets vitne og pasientens fastlege. Pasientens forsvarer påsto at det var min skyld, at jeg hadde gjort en dårlig jobb som lege, og dette uten at jeg hadde en advokat som kunne si i mot! Det er svært viktig å anmelde trusler og vold, siden det har stor betydning for rettighetene man har etter slike hendelser.

Når plager blir sykdom

Når plager blir sykdom

Peer H. Staff

Høyskoleforlaget 2009

At diagnosen er inngangsporten til sykemeldings-systemet er knapt en overraskelse for fastlegene, men det blir fort glemt i den sykemeldingsdebatten som foregår i samfunnet.

Forfatteren av denne korte og letteste boken reflekterer rundt det han kaller for symptomer uten objektive funn (plager), noe som vi foretrekker å kalle medisinsk uforklarte plager og sykdommer (MUPS). Etter en grundig analyse av sykdomsutvikling i et eksistensielt, kulturelt, historisk og sosiologisk perspektiv kommer han frem til at den diagnostiske tenkemåten er i krise i møte med pasienter med plager, og presenterer en litt annerledes måte å forstå og behandle dem på, med utgangspunkt i hans erfaring i fysisk medisin og arbeidsmedisin.

Peer H. Staff miner oss på at alminnelige subjektive plager er den hyppigste kilde til langtidssykemelding og uføretrygd og den hyppigste begrunnelse for gjentatte besøk hos legene i primærhelsetjeneste. Årsakene til at subjektive helseplager fremstår som sykdom er både miljøfaktorer (inkludert befolkningens forventninger, arbeidsmarkedssituasjon og dagens økonomiske kompensasjonsmuligheter) og personlige faktorer. I forbindelse med de sistnevnte,



kommer Staff med flere kjente komplementære teorier: sammenheng mellom plager, sosialt nettverk og mestring; sensitivisering som fører til nedsatt terskel eller økt oppmerksomhet for irritasjon, og psykonevroimmunologiske teorier.

Forfatteren tar utgangspunkt i en tidlig funksjonsorientert forståelse av plager i motsetning til å begynne med en symptomorientert tilnærming som deretter må korrigeres for pasienter med subjektive plager uten objektive funn. Boken gir leseren en kort men grundig introduksjon i kognitiv behandling med gode eksempler hos pasienter med sammensatte plager fra muskel-skjelettsystemet fra fysisk medisin, men han inviterer til slik vurdering også hos pasienter med kronisk utmattelsessyndrom og andre MUPS. Generelt, argumenterer forfatteren for at den kognitive modellen passer godt til arbeidsrettet rehabilitering, hvor «sykefravær» burde være diagnosen, angrepet som funksjonshemning i en gitt kontekst.

Boken er relevant for allmenn- og samfunnsmedisinere, og anbefales spesielt for de som synes at de trenger litt frisk luft i møte med langtidssykemeldte pasienter. I den siste delen av boken får vi presentert et undersøkelsesbatteri for subjektive helseplager. Slik jeg forstår det, er de ment til å spare tid og hjelpe legen å forstå pasienten bedre. At alle disse skjemaene skal kunne erstatte en god samtale over tid med fastlegen er noe mer tvilsomt.

Esperanza Díaz

Mine barn fikk ingen tilbud om samtale med politiet, selv om jeg bad om det etter hendelsen. De har i etterkant uttrykt svært liten tiltro til politiet. Kunne jeg eller noen andre gjort mer for dem?

Det har vært vanskelig for meg å få denne pasienten flyttet over til en annen fastlege, fordi pasienten selv ikke har vært enig i det.

Er den kollegiale støtteordningen nok som støtte til ofre for overgrep? Eller har Legeforeningen en tiltaksplan som jeg ikke kjenner til? Det er ikke alltid like lett som lege å lytte

til kroppens signaler og fysisk aktivitet er ikke bestandig god medisin!

Det har vært en tøff opplevelse som jeg gjerne skulle ha vært foruten, men den har gjort meg mange erfaringer rikere og gitt meg nye perspektiver både i forhold til jobben og livet generelt. Når jeg nå velger å dele historien med kolleger, er hensikten først og fremst med et håp om at den lærdommen som har kostet meg mye, kan komme andre til gode. Da har jeg vridd noe positiv ut av det som ellers kunne virke meningsløst...

Carol Pascoe



anmeldelser

Interessant om forholdet mellom religion og vitenskap



Jesper Hoffmeyer
Tro på tvil. Kritikk af religiøs
og videnskabelig ufornuft
Ries forlag 2009
264 s

Jesper Hoffmeyer er dansk biolog og filosof. Han hører til en vitenskapstradisjon som kalles biosemiotikk. Hans siste bok «Tro på tvil» gir en kortfattet innføring i dette vitenskapssynet. Alt liv er avhengig av og er innvevd i kommunikative tegnsystemer. Slike sirkulære systemer er nødvendige for at livet skal opprettholdes. Biologien kan ikke forstås bare som materie og vitenskapelig erkjennelse er avhengig av å studere materien i sin kontekst. Boken inngår derfor i en tradisjon som er inspirert av Gregory Bateson og hans komplementære syn på forholdet mellom «mind and nature» (1). Et slikt vitenskapssyn forekommer meg å være høyst relevant for medisinen. Sirkulær forståelse i medisinen er en mangelvare. Medisinsk praksis som baserer seg på enkel og retlinjet årsaksforståelse gjør oss ofte til autoritære aktører i godhetens tjeneste. Også derfor er denne boken viktig å lese for et medisinsk publikum.

Hoffmeyers siktemål med boken er først og fremst å forsvare de liberale, humanistiske og demokratiske tradisjonene fra opplysningstiden med å advare både mot vitenskapelig dogmatikk (biologisme) og religiøs fundamentalisme så vel i kristen som islamsk forkledning. Bokens kapitler om hvordan kirken og vitenskapen skilte lag før, under og etter renessansen er svært interessant lesning. Hvilke teologiske og filosofiske forutsetninger som muliggjorde Descartes' gjennombrudd, representerer i det minste for meg nye perspektiver for å forstå vitenskapens gjennombrudd og opprøret mot kirkens erkjennelsesmonopol. Hoffmeyer advarer mot at autoritær og blind tro fortsatt representerer en fare for demokratiet og den kritiske erkjennelse, og han sannsynliggjør at humanismen må kjempe for sine posisjoner fortsatt.

Hoffmeyer forstår de autoritære tendensene i kristen og islamsk tradisjon ved å sette likhetstegn mellom religiøsitet og troen på en transendent guddom (gud som noe atskilt fra skaperverket). Det gjør det lett for ham å forsvare sin egen

liberale og (kultur)radikale posisjon. Men er det holdbart? Kan troen på tvil være det grunnlaget vi skal bygge våre liv på? For meg virker det merkelig og noe forfalsket å understå at i kristen tradisjon finnes det stemmer som forstår det guddommelige som noe som er immanent i skaperverket og som kan oppleves og erkjennes av mennesket i det hverdagslige. I hans fremstilling finnes det ingen omtale av gnostisismen. Spinoza og hans gudsforståelse omtales ikke. Spinozas innflytelse på Arne Næss og på moderne økofilosofi forsvinner også. Den greskortodokse gudserkjennelse (hesykasmen) er i like stor grad underslått.

Gregory Bateson forsto «det hellige» som det som binder levende systemer sammen. Han kalte dette for «mind», og han utviklet en vitenskapsforståelse som gjorde det hellige erkjennbart og vitenskapelig relevant (2). Jesper Hoffmeyer har nylig disputert for den filosofiske doktorgrad med en avhandling om biosemiotikk ved Universitetet i Århus. Det er bare 50 år etter at Knud E. Løgstrup disputerte ved det samme universitet med en teologisk og filosofisk avhandling om en erkjennbar gud (3). Det guddommelige var for Løgstrup erkjennbart gjennom de spontane livsyttringer, først og fremst tilliten. Derved ivaretar Løgstrup den allmennreligiøse dimensjon i livet, mens han samtidig utvikler troverdig kritikk mot dogmatikk. Hans påstand er nemlig at det guddommelige er allmennmenneskelig og uten eier. Når det får navn og eier, hevder Løgstrup, er faren stor for dogmatisk perversjon.

Det er besynderlig at vi ikke finner noen referanse til teologen og filosofen Løgstrup i Hoffmeyers sterkt religionskritiske bok. Med slike referanser kunne Hoffmeyer ha bidratt i sterkere grad til religionsdialog. Han kunne også ha bidratt til et allmennreligiøst ståsted som gjorde ærefrykt for skaperverket vitenskapelig relevant og påkrevet. Det har han ikke lyktes særlig med i denne boken.

Eivind Meland

Referanser

1. Bateson G. Mind and nature a necessary unity. New York: Bantam Books; 1988.
2. Bateson G, Bateson MC. Angels fear. Towards an epistemology of the sacred. New York: MacMillan Publishing Company; 1987.
3. Jensen O. Historien om KE Løgstrup. København: Forlaget Anis; 2007.



Partner for bedre helse™

Lyrica® Refusjonsregler ved nevropatisk smerte¹

Fra 1. mai 2009 kan ikke Lyrica® forskrives direkte på blå resept til behandling av kroniske, sterke smerter (refusjonskode -71).

- Blåresepter skrevet ut før 1. mai 2009 er gyldige ut sin gyldighetstid, det vil si maksimalt ett år.
- Blåresepter skrevet ut etter denne dato, kan kun ekspederes for Folketrygdens regning når det foreligger vedtak om individuell refusjon. (www.nav.no/Helsatjenester/For+helsepersonell/Leger/Skjema/1073747546.cms)
- Behandling med Lyrica® dekkes kun på blå resept dersom gabapentin har vært forsøkt først uten tilfredsstillende resultat eller når andre tungtveiende medisinske grunner tilsier dette.
- Behandlingen med Lyrica® må være instituert av følgende spesialister eller tilsvarende sykehusavdeling: anesthesiologi, barnesykdommer, fysikalsk medisin og rehabilitering, fødselshjelp og kvinnesykdommer, generell kirurgi, indremedisin, kjevekirurgi og munnhulesykdommer, nevrokirurgi, nevrologi, onkologi, ortopedisk kirurgi, plastikkirurgi, psykiatri, revmatologi, øre-nese-halssykdommer.
- Instituering kan her også være telefonkonsultasjon mellom instituerende spesialist og lege som søker på vegne av pasienten. Dette må da dokumenteres i journalen og på søknaden om individuell refusjon.

Dosering²

Maks Startdose (3-7 dager)	  75 mg 2 ganger daglig
Vedlikeholds- dose	  150 mg 2 ganger daglig
Maks dose	  300 mg 2 ganger daglig

Referanser:

1. www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_80714.aspx

2. Preparatomtalen - februar 2009

LYRICA®
PREGABALIN