

God allmennmedisinsk forskning produserer verdifull kunnskap for allmennlegene. I denne spalten presenterer vi ferske allmennmedisinske doktoravhandlinger. Vi har bedt allmennleger som nettopp har disputert for graden PhD om å svare på følgende spørsmål: Hva er bakgrunnen for prosjektet ditt? • Hvordan ble du engasjert i dette prosjektet? • Hva fant du ut? • Hva betyr resultatene for norske allmennleger? • Hvordan kombinerte du forskning med praksis? • Hvilke råd vil du gi til andre allmennleger som vil forske? • Hvor går veien videre?

Hormonbehandling og symptomer i overgangsalderen

Bjørn Gjelsvik forsvarte 25. november 2013 sin doktoravhandling om norske allmennlegers kunnskap og holdning til hormonbehandling i overgangsalderen, og symptombelastning og bruk av hormoner i en kohort av norske kvinner. Avhandlingen gir oppdatert kunnskap om symptombelastningen i overgangsalderen og faktorer som har sammenheng med symptomer, den viser at legens egne holdninger til behandling betyr mye for de råd som gis, og den finner at symptomene ofte kommer tilbake etter at hormonbehandling avsluttes.

Jeg har i mange år vært opptatt av allmennlegens rolle i forebygging, spesielt av hjertekarsykdom. Hormonbehandling ble i 1990-årene lansert som en forebyggende behandling som *alle* postmenopausale kvinner ville ha nytte av. Rundt årstusenskiftet ble kunnskapen om hormonbehandling snudd på hodet (1), og jeg ville se på hvordan norske allmennleger forholdt seg til denne endringen. Temaet omhandler hvordan leger tar beslutninger, og hva egne holdninger kan bety når legen diskuterer behandlingen med pasientene.

Hva ble gjort – og hva fant vi?

Et tilfeldig utvalg av 400 norske allmennleger fikk i mai 2004 tilsendt et spørreskjema med spørsmål om effekter, indikasjoner, kontraindikasjoner, oppfatning av rolle og oppfatning av risiko ved hormonbehandling. 289 leger (72 prosent) besvarte skjemaet. Tre av spørsmålene var formulert som kliniske eksempler der legene ble bedt om å angi om de ville gi råd om bruk av hormonbehandling eller ikke, og de kunne også gi egne kommentarer i fri tekst.

Resultatene ble publisert i to artikler i *Tidsskrift for Den norske legeforsking* (2, 3), og viste at flertallet av allmennlegene var kjent med den tilgjengelige dokumenterte kunnskapen om effekter og bivirkninger av hormonbehandling. De fleste anga at de fulgte gjeldende anbefalinger med hensyn til indikasjoner og kontraindikasjoner. Et stort flertall av allmennlegene var enig i at hormonbehandling øker risiko for brystkreft, at behandlingen ikke forebygger hjerteinfarkt og at plagsomme hetetokter er den viktigste indikasjonen for behandling. 14 av 17 (82 prosent) kvinnelige allmennleger som var i eller etter overgangsalderen anga at de brukte eller hadde brukt

hormonbehandling. Undersøkelsen viste også at et flertall av legene hadde tiltro til mindre dokumenterte effekter av hormonbehandling, slik som positiv effekt på seksuallivet og senere aldring av hud. De anså likevel ikke dette som viktige indikasjoner for behandling. Legene ble spurt om de mente at hormonbehandling innebar en uheldig medikalisering av kvinners overgangsalder. En tredjedel av legene var enig i påstanden, noe flere (44 prosent) var ikke enig, mens en fjerdedel var nøytral. Legene var delt i spørsmålet om å anbefale behandling eller ikke i de kliniske eksemplene. Holdning til hormonbehandling belyst ved spørsmålet om medikalisering var den viktigste faktoren som predikerte anbefaling om å bruke eller ikke bruke hormonbehandling, mens oppfatning av indikasjoner, effekt og risiko ved behandlingen spilte mindre rolle. De som var uenige i påstanden om medikalisering var mer tilbøyelige til å anbefale behandling.

I den andre studien, *Kvinnkohorten i Hordaland*, var målsettingen å beskrive det naturlige forløpet av overgangsalderen og bruk av hormoner i en kohort av friske kvinner. Kohorten besto av 2229 kvinner som var i alderen 40–44 år ved oppstart, og kvinnene har mottatt spørreskjema årlig eller hvert annet år fra 1999 til 2010. Data fra 2002 kvinner (90 prosent av kohorten) ble brukt i analysen (4, 5).

I den langsgående analysen anga 36 prosent av kvinnene daglige hetetokter og mye plager i en eller flere runder, mens 29 prosent av kvinnene anga lite eller ingen hetetokter overhodet. Forekomst (punktprevalens) av daglige hetetokter økte fra 2 prosent i alderen 41–42 år til 22 prosent i alderen 53–54 år. Røyking (registrert ved oppstart eller senere) og lav utdanning var

forbundet med økt forekomst av daglige hetetokter i løpet av overgangsalderen.

Toårs insidens av hormonbehandling (nye brukere, ikke bruk i forrige runde) sank fra 8,2 prosent i 2002 til 4,3 prosent i 2004 og forble stabil på dette nivået på tross av økende symptomer blant kvinnene. 29 prosent av kvinnene anga at de hadde brukt hormonbehandling i løpet av observasjonsperioden. Gjennomsnittlig varighet av bruk var 4,5 år. Den viktigste faktoren som var forbundet med bruk av hormonbehandling var opplevelse av daglige hetetokter. For de fleste kom symptomene tilbake etter å ha sluttet med behandlingen, og forekomst av symptomer var da ikke forskjellig hos brukere og ikke-brukere.

Har funnene betydning for en norsk allmennlege?

Det at selvpoplevd helse ikke endret seg i negativ retning taler imot *systematisk* underbehandling av norske kvinner. Samtidig er det slik at et mindretall av kvinnene har mye plager og etterspør hjelp hos legen. Da kan hormonbehandling være nyttig, og legen bør lytte til kvinnens egne preferanser og unngå at egen holdning til behandling overstyrer kvinnens valg.

Risiko ved bruk øker ved høyere alder og ved lang tids bruk, og bruk ut over fem år bør vurderes nøye med tanke på gevinst og risiko. Samtidig tyder reanalyser av data fra WHI-studien og en nylig publisert dansk studie på at risikoen for koronarsykdom er liten når behandlingen startes omkring overgangsalderen (6–8). Den danske studien er omdiskutert, men funnene indikerer ikke økt risiko for koronarsykdom når behandlingen startes omkring menopausealder.

Det at symptomene i stor grad kom tilbake etter avsluttet behandling kan være en terapeutisk utfordring som kan gjøre det vanskelig for en kvinne å avslutte behandlingen.

Overgangsalderen er et naturlig, fysiologisk fenomen som i seg selv ikke trenger behandling. Forebygging av kroniske sykdommer hos kvinner bør ikke ha som utgangspunkt at overgangsalderen er en mangeltilstand som indikerer bruk av øst-

rogen eller østrogen/gestagen kombinasjoner. Disse medikamentene kan brukes til symptomatisk behandling av plagsomme hetetokter eller svette/nattsvette. Behandlingen bør være så kort som mulig og kvinnen bør oppmuntres til å trappe ned eller avslutte behandlingen etter to til tre år. Behandling eller ikke er kvinnens eget valg, og legens rolle er å gi informasjon om dokumenterte effekter og risiko. Legen må i sin rådgiving utforske kvinnens preferanser og behov, og være seg bevisst sine egne holdninger til behandlingen.

Noen utfordringer – og veien videre

Studien ble finansiert av Allmennmedisinsk Forskningsfond, som fortjener stor takk for støtten. Jeg har en liste på ca 800 pasienter og jobber vanligvis tre dager i praksisen, og med en viss bruk av kvelder og helger gir dette nok tid til å ivareta et forskningsprosjekt hvis man ikke påtar seg alt for mye annet. Likevel var det en utfordring å forfølge et tema i dypt og lære seg de nødvendige forskningsmetodene når man bare har to dager i uka til forskning, og i avslutningen av arbeidet måtte jeg gå ned til en dag i uka i praksisen.

Det er fortsatt temaer i kvinners helse som kan belyses ved hjelp av data fra kvinnekohorten, og det er mulighet for kobling av dataene med andre registerdata, for eksempel Reseptregisteret og Norsk Pasientregister. Samtidig er temaet om legers beslutninger og hvordan vi forholder oss til pasientens preferanser interessant for videre studier.

REFERANSER

- Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288:321–333.
- Gjelsvik B, Swensen E, Hjortdahl P. Allmennlegenes syn på hormonbehandling i og etter overgangsalderen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127:1500-1503.
- Gjelsvik B. Allmennlegers råd om hormonbehandling i overgangsalderen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2008;128:1660-1663.
- Gjelsvik B, Rosvold EO, Straand J, Dalen I, Hunskaar S. Symptom prevalence during menopause and factors associated with symptoms and menopausal age. Results from the Norwegian Hordaland Women's Cohort study. *Maturitas* 2011;70:383-390.
- Gjelsvik B, Straand J, Hunskaar S, Dalen I, Rosvold EO. Use and discontinued use of menopausal hormone therapy by healthy women in Norway: the Hordaland Women's Cohort study. *Menopause* 2014. DOI: 10.1097/gme.0b013e3182a11f2d.
- Rossouw JE, Prentice RL, Manson JE et al. Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. *JAMA* 2007;297:1465-1477.
- LaCroix AZ, CRMJea. Health outcomes after stopping conjugated equine estrogens among postmenopausal women with prior hysterectomy: A randomized controlled trial. *JAMA* 2011;305:1305-1314.
- Schierbeck LL, Rejnmark L, Tofteng CL et al. Effect of hormone replacement therapy on cardiovascular events in recently postmenopausal women: randomised trial. *BMJ* 2012;345:e6409.

BJØRN GJELSVIK

■ BJORN.GJELSVIK@MEDISIN.UIO.NO

Mzee

Mzee er swahili for «gammel (ærverdig) mann». Han har fulgt meg siden jeg fikk ham i 1977. Hans kloke blikk og rolige uttrykk har fått meg til å ta til vettet, når jeg blir for navlebeskuende på vegne av meg selv eller mine pasienter.

Historien som knytter seg til ham har betydd mye for meg. Jeg fikk den av en gammel engelsk kvinne, da jeg bodde i Tanga i Tanzania fra 1974 til 78.

Da vi ble kjent, hadde hun bodd i Øst Afrika fra 1930. Hun skulle snart returnere til England. Hun var gynekolog og obstetrikker. Arbeidet i Mombasa i Kenya fra 1930 til 1965. De siste år av sitt yrkesliv jobbet hun i på sykehuset i Tanga. Hun hadde pensjonert seg i 1970 og etter det spedd på inntektene ved å selge treskjærerarbeid utført av folk fra Makonde stammen. Disse treskjærere kommer opprinnelig fra kysten av Mocambique og er veldig flinke til å arbeide med ibenholt. Ibenholt er svært hard tresort, tynge enn vann.



Kvinnen hadde som lege opplevet Afrika på sitt fineste og verste. Hun kunne fortelle om hvordan de på sykehuset fikk reddet barn som egentlig ikke burde kunne reddes. Sektio i etheranestesi. Ingen kuvøse, men varme mødre, eller varme ammer. Barn som ble reddet på tross av mors eklampsi med varighet i flere dager. Mor som døde av blødninger etter fødsel, men hvor familien stilte opp for barnet. Blodtransfusjoner med helt «fersk blod» fra nære pårørende.

Hun kunne også fortelle om mange grusomheter. Ubehandlet kreft som fylte hele abdomen når pasientene endelig kom til sykehuset. Vaginaer som var blitt fylt med blader av heksedoktorer. Under flere dagers transport til sykehuset hadde blader og vaginalveggen råtnet. «Pasientene kom alltid for sent fordi pasientene prøvde heksedoktoren først». Elleve tolvårige jenter som fødte og fikk kompliserte fistler. Barn som hadde sittet i fødselskanalen i dager og som var døde og måtte parteres før de kunne befris fra mor. Sepsis før man fikk penicillin. Blødninger post partum uten mulighet for transfusjon. Mødre og barn med syfilis. Poliorammede mødre som på tross av sine handikap var blitt gravide, men ikke hadde fysikk til å føde. Forsøk på abort med diverse remedier stukket opp i skjedde og uterus. Forgiftninger med planter og klorokin for å abortere.

Mzee stod i vinduet hennes og hørte på alt dette. Siste gang vi møttes, innen hun skulle reise tilbake til England var hendes leilighet nesten tom. Mzee stod fortsatt i vinduet. Da jeg skulle gå kom hun med ibenholt skulpturen. Hun hadde egentlig tenkt å ta den med til England, fordi det var det fineste treskjærerarbeid hun hadde blant alle de arbeider hun hadde hatt i sin butikk. Men, hun ga den til meg som avskjedsgave.

Siden da har Mzee stått på mitt bord og sett på meg med sitt kloke uttrykk. Han minner meg om at det er en stor dramatisk verden utenfor vår lille norske luksusverden. Den verdenen er fylt med mennesker med drømmer og ønsker om et godt liv, akkurat som du og jeg.

NILS KOLSTRUP

■ NILS.KOLSTRUP@TELEMED.NO