



## A. Reimers svarer:

---

### KOMMENTAR

ARNE REIMERS

E-post: arne.reimers@stolav.no

Arne Reimers er overlege ved St. Olavs Hospital.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

---

Takk til Bernt Engelsen for gode innspill som gir oss anledning til å utdype noen poeng. Svar på de fleste av Engelsens spørsmål finnes i rapporten som ligger ut på farmakologiportalen (1), og som vi henviser til i vårt innlegg i Tidsskriftet.

Uttrykket nasjonale er ikke ment autoritativ, men geografisk. Det finnes ingen grunn til at et laboratorium i Tromsø bruker et annet referanseområde enn et i Bergen. Likevel fant vi regionale forskjeller. Vår erfaring tilsier at enkelte leger ønsker å endre dosen fordi serumkonsentrasjonen ligger utenfor referanseområdet, eller lar være å øke dosen fordi konsentrasjonen ligger nær øvre grense, og isteden skifter til et annet legemiddel. Da er det opplagt at avvikende referanseområder kan skape forvirring og påvirke pasientbehandlingen.

Medisinsk kunnskap øker og endres stadig, og fra tid til annen er det naturlig å kontrollere om den kunnskapen man sitter med er utdatert. Referanseområder for legemidler er intet unntak. Som det fremgår av tabellen, er det nettopp ved de nyeste antiepileptika at det ble foretatt de fleste og største endringer. I den nevnte rapporten beskriver vi detaljert, for hvert enkelt antiepileptikum, hvordan vi kom frem til det nye referanseområdet (1). Det er også angitt hvilken dokumentasjon som danner grunnlaget for dette.

Vi er enig med Engelsen i at behandlende lege alltid må vurdere hvorvidt et referanseområde har gyldighet for den enkelte pasient. Referanseområder generelt er populasjonsbaserte. Det betyr at man med høy sannsynlighet vil få den ønskede effekten av legemiddelet dersom serumkonsentrasjonen ligger innenfor grensene. Imidlertid har hver pasient sitt eget terapeutiske område hvor både nedre og øvre grense kan avvike fra det populasjonsbaserte referanseområdet. Populasjonsbaserte referanseområder kan likevel være nyttig i ulike situasjoner, for eksempel ved oppstart med et legemiddel når man ennå ikke vet hvor pasientens individuelle referanseområde ligger.

Kvalitetssikring av analyseresultater gjøres konstant. I alle laboratorier kjøres det kvalitetssikringsprøver samtidig med hver eneste analyse. Dessuten deltar alle laboratorier i både nasjonale og internasjonale kvalitetssikringsprogrammer, der analyseresultater sammenlignes og avvik oppdages tidlig. Så vidt vi vet finnes det ikke lignende kvalitetssikringsprogrammer i noen kliniske avdelinger, selv om det er godt kjent at feil diagnoser og feil behandling stadig forekommer.

Referanseområder verken kan eller skal erstatte den kliniske vurderingen av

legemiddeleffekten. Den ønskede kliniske effekten inntreffer heller ikke alltid bare man passer på at konsentrasjonen ligger innenfor referanseområdet. Det har kliniske farmakologer vært tydelige på i en årrekke. Derfor er en serumkonsentrasjon utenfor referanseområdet i seg selv aldri tilstrekkelig grunn til å endre dosen eller bytte til et annet legemiddel. Som Engelsen påpeker, er referanseområder hjelpemidler i behandlingen. De må imidlertid brukes riktig for å være nyttige.

---

#### LITTERATUR:

1. Farmakologiportalen. Felles nasjonale referanseområder for antiepileptika. <http://www.farmakologiportalen.no/attachment.ap?id=13> (14.7.2017).

---

Publisert: 4. september 2017. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0693  
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no