

én av 200 pregabalinbrukere er misbruker, slik Westin og medarbeidere påstår (0,6%). Vi kan ikke fastslå at alle som bruker minst fem ganger definert døgndose er misbrukere, men faren for misbruk anses som større ved et stort forbruk. Vi kan ikke med sikkerhet angi antall misbrukere basert på Reseptregisteret, men 25 pasienter (0,01 %) og 118 pasienter (0,6 %) brukte hhv. minst ti og fem ganger definert døgndose i 2009 (2). Reseptregisterets begrensninger inkluderer at kun pasienter som har fått pregabalin forskrevet, er inkludert (3). Illegal omsetning er derfor ikke med. Denne typen statistikk kan ikke erstatte individuell oppfølging av pasienter.

Pregabalin, som alle antiepileptika, har uttalt farmakokinetisk variasjon i dose-serumkonsentrasjons-forhold. En variasjon på minst fem ganger kan være innenfor terapeutisk bruk, basert på erfaring fra monitorering av serumkonsentrasjoner hos pasienter med epilepsi. Pregabalin blir i dag i liten grad brukt mot epilepsi (< 0,05 % av pasientene) (3), men individuell oppfølging er viktig ved andre indikasjoner, f.eks. nevropatisk smerte eller generalisert angst. Basert på pregabalins selektive hemming av spenningsstyrte kalsiumkanaler i sentralnervesystemet vil effekten gi forsterket sentralnervøs demping i kombinasjon med andre legemidler/rusmidler, og dette kan forklare misbrukspotensialet (4).

Våre resultater bør ses i sammenheng med en ny studie fra WHO's bivirknings-database om misbruk av pregabalin. 12 land har bidratt med 96 rapporteringer angående misbruk/avhengighet/toleranse (5). Bruk av Reseptregisteret bidrar også til legemiddel-overvåking ved at man kan studere endring i forskrivning over tid av legemidler som bør overvåkes, som pregabalin. Det er viktig å følge utviklingen og være aktsom ved forskrivning av pregabalin, som også Westin skriver (1).

#### Cecilie Johannessen Landmark

Høgskolen i Oslo

#### Pål G. Larsson

Elisif Rytter

#### Svein I. Johannessen

Oslo universitetssykehus

#### Litteratur

- Westin AA, Helland A, Strøm EJ. Til å misforstå om pregabalinmisbruk. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 663.
- Landmark CJ, Fossmark H, Larsson PG et al. Reseptregisteret og misbruk av pregabalin. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 223.
- Landmark CJ, Fossmark H, Larsson PG et al. Antiepileptic drug use in epilepsy – a population-based study. Epilepsy Res 2011; akseptert for publisering.
- Landmark CJ. Targets for antiepileptic drugs in the synapse. Med Sci Monit 2007; 13: RA1–7.
- Caster O, Edwards IR, Norén GN et al. Earlier discovery of pregabalin's dependence potential might have been possible. Eur J Clin Pharmacol 2011; 67: 319–20.

## Nakkesleng – professoral arroganse

Schrader & Stovner har i Tidsskriftet nr. 2/2011 (1) sluppet opp for saklige argumenter og gjør i stedet forsøk på å des-avuere de kilder jeg oppga i mitt forrige innlegg (2). Jeg påpekte at Litauen-undersøkelsene er kritisert av tre svenske profesorer, men kritikken gjør åpenbart ikke inntrykk – siden den fremkommer i en bok utgitt på forlaget Studentlitteratur. Mener Schrader & Stovner at litteratur beregnet på medisinstudenter er mindreverdige? I en anmeldelse i Tidsskriftet anbefalte Monica Drottning boken og uttalte (3): «Det gis en imponerende og grundig oversikt over litteratur på området.» Og videre: «Den utgjør den bakgrunnskunnskap enhver lege som uttaler seg om dette temaet, bør inneha.»

Det mangler ikke på kritikk av Litauen-studiene, eksempler er en doktoravhandling av den svenske epidemiologen Anita Berglund (4) samt en rapport fra Senter for medisinsk metodevurdering (5). Den nedsatte ekspertgruppen gjennomførte en systematisk innhenting og gjennomgang av tilgjengelig vitenskapelig dokumentasjon og konkluderte med at Litauen-studiene var basert på for små pasientmaterialer. Det er oppsiktsvekkende at Schrader & Stovner mener at fravær av kritiske artikler i internasjonale tidsskrifter er det samme som at undersøkelsene er holdbare.

Jeg omtalte post mortem-undersøkelser og viste til en bok av Levander & Gerde. Levander er professor i nevroortopedi ved Linköpings Universitet og Gerde er professor i rehabiliteringsmedisin samme sted. Begge er kjent for å ha god innsikt i problematikken rundt nakkeskader.

Påstandene om at kroniske plager etter nakkeslengulykker ikke har noen organisk forklaring samt tesen om at slike plager kan forklares med den såkalte noceboeffekten, er og forblir omdiskutert. At nakkeslengmekanisme kan gi varige fysiske skader, er lagt til grunn av bl.a. Quebec Task Force, Sosial- og helsedirektoratet, den svenske Whiplashkommisjonen og The Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force. Sistnevnte er en ekspertgruppe nedsatt av WHO som publiserte flere artikler om nakke- og ryggproblematikk i *Spine* i 2008. Den svenske Whiplashkommisjonen (nedsatt av fire svenske forsikringsselskaper) uttaler for sin del: «Vi avviser dock tanken på at de whiplashrelaterede skadorna inte finns» (6).

#### Sven Knagenhjelm

Oslo

#### Litteratur

- Schrader H, Stovner LJ. Mer meningsløst om nakkesleng. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 111.
- Knagenhjelm S. Mer om nakkesleng. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2449–50.
- Drottning M. Oversiktlig om nakkeslengskader. Anmeldelse av: Nygren Å, Magnusson S, Grant G, red. Nacksador efter bilolyckor. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2815.

- Berglund A. On associations between different factors and whiplash injury. Doktoravhandling. Stockholm: Karolinska Institutet, 2002. <http://diss.kib.ki.se/2002/91-7349-121-7/> [21.3.2011].
- Nakkeslengskade. Diagnostikk og evaluering. SMM-rapport nr. 5/2000. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering, 2000.
- Whiplashkommisjonens sluttrapport. [www.whiplashkommisjonen.se/pdf/Wk\\_sluttrapport2005.pdf](http://www.whiplashkommisjonen.se/pdf/Wk_sluttrapport2005.pdf) [21.3.2011].

## Flere omkostninger ved humanitært arbeid

Det er prisverdig at Karianne Flaatten i Tidsskriftet nr. 4/2011 tar opp problemet med uttelling for humanitært arbeid (1).

Undertegnede har tjenestegjort i til sammen ti år i Afrika og to år i Østen som allmennlege og generell kirurg for forskjellige humanitære organisasjoner, FN, norsk misjon og NORAD. Jeg har erfaring for at det ikke bare er vanskelig å få godkjent slik tjeneste som tellende for spesialiteten, jeg har også hatt betydelige vansker med å få permisjon og med å kunne fortsette i pensjonsordninger som jeg har hjemme.

Dersom man har fast stilling ved et offentlig sykehus, er det meget uklare regler omkring permisjon uten lønn, selv om man skal reise ut i oppdrag for større organisasjoner som Norges Røde Kors, Flyktningehjelpen eller FN. Dette virker unektelig forunderlig, særlig når det kan være den norske regjering ved UD eller NORAD som står som egentlig oppdragsgiver. Her har sykehuseierne og ledelsen ved det enkelte sykehus som regel aldri sett det som sin oppgave å fristille personell.

Gang på gang har jeg kommet i klemme og miskreditt fordi jeg har vært villig til å påta meg tjeneste ute, og jeg har møtt lite velvillighet hos sykehusledelsen. Dette til tross for at det uttrykkelig står i pkt 10.8.7.1 i Statens personallhåndbok at tjenestemenn i staten bør gis anledning til å arbeide i «internasjonale institusjoner og organisasjoner» (2). Etter å ha opplevd motstand en rekke ganger sa jeg i 1998 opp en fast overlegestilling ved et lokalsykehus for å reise til Rwanda for Norges Røde Kors.

Det hører også med til historien at det ikke var mulig å stå som medlem av KLP det året jeg var ute, selv om Røde Kors var villig til å betale medlemskontingenten. Dette gjelder nok tjeneste ute i de fleste humanitære organisasjoner – man taper rett og slett pensjonsrettigheter.

Også med likningsmyndighetene er det ofte problemer. Norge er det eneste land jeg



kjenner til som beskatter Røde Kors-delegater som om de skulle bo i hjemme. Jeg har også erfaring for at man kan bli mistenkt for å lure unna inntekt fra beskatning, slik at det blir ekstra bry med dokumentasjon etc.

Når alt dette kommer i tillegg til at tjeneste ute teller lite faglig, både formelt og generelt, bør man i det minste gjøre yngre leger klar over problemene, slik at de tar dette med i overveielser dersom de skulle være motivert for utenlandsoppdrag.

Som styremedlem og visepresident i Leger uten grenser har Karianne Flaatten et godt utgangspunkt for å gjøre noe med permisjonsregler, pensjonsrettigheter og merittering i tjeneste ute.

Norge som nasjon er opptatt av humanitært arbeid, men legger ikke forholdene til rette for dem som reiser ut, snarere tvert imot. Det må det gjøres noe med.

**Tor H. Kristiansen**  
Flekkefjord

#### Litteratur

1. Flaatten K. Humanitært arbeid må telle. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 131: 337.
2. Statens personalhåndbok 2011. Oslo: Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet, 2011.

## Eli Bergs bok er viktig for alle allmennpraktikere

Per Vaglum har nok ikke oppdaget innretningen i Eli Bergs siste bok i anmeldelsen sin i Tidsskriftet nr. 4/2011 (1). *Sammenhenger* er ikke ment å gi ny kunnskap, den skal stimulere oss allmennpraktikere til å legge om praksis (2). Forhåpentligvis blir den toneangivende for hvordan norsk allmennmedisin utvikler seg.

Eli Berg har vært allmennpraktiker på Kongsvinger i 25 år, fra 1975. Hun skriver at hun drev sin kliniske virksomhet mest mulig slik hun hadde lært på Universitetet i Oslo. Etter hvert ble hun mer og mer misfornøyd med den behandlingen hun ga en ganske stor gruppe av de pasientene som hadde såkalte funksjonelle lidelser. Hun utredet dem slik hun hadde lært, men konklusjonen ble ofte uklar. Og viktigere enn det – mange av dem kom snart tilbake med nye lidelser. Når alvorlig organisk sykdom ble utelukket, var disse pasientene sjelden lykkelige over det, og ofte flyttet plagene over til andre organer.

Hun begynte å snakke med dem om deres liv. I boken skildrer hun først og fremst den prosessen hun selv har gjennomgått. Hun startet smått og forsiktig med å spørre om hvordan pasientene hadde det, om traumer i livshistorien og om plagenes relasjon til stress. I 2005 tok hun doktorgraden på disse kliniske studiene med *Det skapende mellomrom*, om rommet mellom pasient og lege der viktige ord kan utveksles.

*Sammenhenger* inneholder noen levende kasuistikker. Forbindelsen mellom livshistorie og kroppslige plager var langt fra klar for disse pasientene. En av dem kom med anfall av tung pust som syntes å være livstruende astma. Auskultasjonen var imidlertid normal. Han svarte unnvikende på spørsmål om sitt liv. Etter hvert kom det frem at han var vokst opp i en liten bygd der han var mobbeoffer. Han og broren ble banket av far og hatet av mor. Eli Berg var da stipendiat og kunne følge ham til hjembygda. Etter gjensyn med slektninger og naboer, og etter å kunne sette ord på opplevelser i oppveksten, gikk de kroppslige plagene over.

Så mye kan vi ikke yte for disse pasientene. Programmet hennes er likevel gjennomførbart. Kort kan det beskrives som å følge pasienten gjennom nåtid og eventuelt fortid, å bli med dem på gjenoppdaging, lytte, stille noen få spørsmål, være med.

Eli Bergs bok trekker oss med på en begeistret skildring av utviklingen til en kollega på et viktig og forsømt felt av allmennmedisinen – det å hjelpe pasienter til større klarhet når det gjelder sammenhengen mellom kroppslige plager og livshistorie. Den stimulerer oss til å tenke nøyer over hva vi selv gjør, og kan påvirke oss til å yte bedre hjelp overfor en gruppe pasienter som ofte vil ha et enormt utbytte av innsatsen vår. Den anbefales til alle klinisk aktive leger.

**Björgulf Claussen**  
Institutt for helse og samfunn  
Universitetet i Oslo

#### Litteratur

1. Vaglum P. Viktig kunnskap gjenoppdaget. Anmeldelse av: Berg E. *Sammenhenger*. Om erfaring, sykdom og medisinsk praksis. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 369.
2. Berg E. *Sammenhenger*. Om erfaring, sykdom og medisinsk praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2010.

## Chlamydiainfeksjon i Sør-Trøndelag – behandling og oppfølging

I Tidsskriftet nr. 5/2011 omtalte Ghaderi og medarbeidere manglende reseptuttak etter positiv chlamydiaprøve i Sør-Trøndelag i perioden 2004–06 (1). Av dem med positiv prøve hentet 87% (1 681/1 920) av kvinnene og 74% (909/1 207) av mennene ut antibiotika innen fire uker etter at prøven var analysert. De nevner at én mulig feilkilde kan være dobbeltresept til en av to partnere. Det er en mindre trolig feilkilde. Dobbelresept gis til partner som ikke søker lege og derfor ikke blir undersøkt for chlamydiainfeksjon.

En annen feilkilde nevnes ikke. Behandling av diagnostisert eller mistenkt chlamydiainfeksjon er gratis, og antibiotika kan

gis direkte til pasienten uten registrering i Reseptregisteret. Dette ble gjort på Olafiaklinikken i perioden 2004–06. De siste årene har imidlertid apoteket krevd navneliste over mottakerne for å få medisinen gratis til poliklinikken ifølge blåreseptforordningen. Ved venereaklinikken ved St. Olavs hospital var dette kravet innført allerede før 2004. Det er derfor mulig at registrering i Reseptregisteret var mer fullstendig i Sør-Trøndelag enn i Oslo disse årene.

Hva kan man så gjøre for å motivere pasientene til ta medisinen? Smittevernloven pålegger legen å utføre smitteoppfølging ved påvist chlamydiainfeksjon. En ubehandlet pasient med positiv chlamydiaprøve må derfor gis time for behandling og smitteoppfølging, og pasienten får ved denne samtalen medisinen i hånden. Pasienten må få klar beskjed om å avstå fra samleie med ubehandlede partnere til også disse har fullført kuren. Legen må ha et lager av antibiotika på kontoret, dette kan fylles på ved å sende liste til apoteket over dem som har fått gratis medisin ifølge § 4 i blåreseptforordningen.

Engangsdose azitromycin bør ikke gis mot genital chlamydiainfeksjon og ikke-gonoreisk uretritt på grunn av resistensdrivende effekt (2). I en nylig publisert studie er det dessuten vist dårligere effekt av azitromycin i engangsdose mot genital chlamydiainfeksjon enn en uke med doksykyklinbehandling (3).

Hvis behandlingen er tatt og smitteoppfølging og behandling av partnere utført, er kontrollprøve etterpå mindre viktig. Europeiske og amerikanske retningslinjer for genital chlamydiainfeksjon anbefaler ikke kontrollprøve (4, 5). Imidlertid anbefales en kontrollprøve etter tre måneder for å avdekke reinfeksjon. En slik kontrollprøve kan med fordel tas hjemme og prøven sendes til legekantoret for videre distribusjon til laboratoriet.

**Harald Moi**  
Oslo universitetssykehus  
Universitetet i Oslo  
Olafiaklinikken

#### Litteratur

1. Ghaderi S, Nordbø SA, Bakken IJ. Chlamydiainfeksjon i Sør-Trøndelag – behandling og oppfølging. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 461–3.
2. Moi H. Reduser bruken av azitromycin som engangsdose. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 673–4.
3. Schwabke JR, Rompalo A, Taylor S et al. Re-evaluating the treatment of non-gonococcal urethritis: emphasizing emerging pathogens – a randomized clinical trial. Clin Infect Dis 2011; 52: 163–70.
4. Lanjouw E, Ossewaarde JM, Stary A et al. 2010 European guideline for the management of Chlamydia trachomatis infections. Int J STD AIDS 2010; 21: 729–37.
5. Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep 2010; 59: 44–9.