

behov enn sykehusmedisinen for å se nosologisk på pasienten, altså på sykdom som noe som skal klassifiseres i kraft av seg selv, med pasienten som et mer eller mindre forstyrrende moment. I allmenntilmedisinen diagnostiseringsystemer er symptomdiagnoser nesten – men bare nesten – likeverdige med sykdomsdiagnoser.

For det tredje er allmenntilmedisinere opp-tatt av kommunikasjon, og dermed av språk. Det er problematisk å tro at kunnskap og informasjon kan flyte kontekstfritt. Geners språk foregår i en kontekst, og det samme må kunne sies om fysiologiske signaler. Nessa (15) har analysert lege-pasient-kommunikasjon i en sirkulær modell, der budskap utveksles i en kulturell kontekst, i motsetning til den enklere lineære modellen med avsender, informasjonsflyt og mottaker. En slik modell forutsetter innvendig forståelse, et enkeltutsagn må forstås i sammenheng med andre utsagn og forhold. Mer i rasjonalitetstradisjonen har Malterud (16) diskutert nytten av nøkkelspørsmål av typen «Hva skulle du egentlig aller helst ønske at jeg kunne hjelpe deg med i dag?». Dette er en form for identitetsforståelse der det regelmessig stilte spørsmålet på rasjonelt vis forventes å utløse meningsbærende og medisinsk relevant informasjon, om enn ikke i alle sammenhenger. Nessa sier at hans arbeid er påvirket blant annet av en antakelse om at leger gjør en viktig og undervurdert jobb i konversasjonssammenheng.

### Øg hva kan alle leger bruke?

Da jeg studerte, var det ingen egen undervisning i allmenntilmedisin. Det underforståtte synet var nok at det som er god sykehusmedisin, er god allmenntilmedisin. Til en viss grad er dette riktig. God medisinsk praksis har mange generelle trekk som alle leger kan bruke. Men all diagnostikk starter med møtet med pasienten, og klinisk kunnskapsforståelse må utvikles i forlengelsen av dette. Allmenntilmedisin må først og fremst læres i allmenntilpraksis. Noen pasienter henvises, de kan møte mange leger på sin vei og opplever sin sårbare posisjon i mange slags møter. Ikke alle pasienter helbredes eller lærer å mestre sin situasjon. Noe av det vanskeligste i medisinen er å ivareta verdigheten til dem som kommer igjen etter endt runddans og som fortsatt ikke mestrer (14). Dette er viktig for alle leger, men det er mest synlig i allmenntilpraksis.

Kanskje er det slik at metoden slutter der det blir behov for overskridende og dermed innvendig forståelse. Det gjelder i både forskning og klinikk. Når khikvadrattesten er gjort, må tolkingen inn. Når auskultasjonen er gjort og stetoskopet lagt til side, må dialogen gjenopptas. Herfra må kunnskapen søkes i det Østerberg kaller det ubestemt mulige, det som ennå ikke er bestemt mulig eller bestemt umulig. Alle leger kan ha noe å lære av spennvidden i de Østerbergske forståelsesformer.

### Litteratur

1. Østerberg D. Forståelsesformer. Oslo: Pax, 1966.
2. Hjørleifsson S. Hvor dyktig er legen? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1270–2.
3. Kirkengen AL. Medisinsk teori. Tanker om sykdom og tanker om helse. Oslo: TANO, 1993.
4. Berg E. Ser du meg, doktor? Oslo: Emilia, 1999.
5. Schaanning E. Den syke kroppen i idéhistorisk perspektiv. I: Vitenskap som skapt viten. Foucault og historisk praksis. Oslo: Spartacus forlag, 1997.
6. Holtedahl KA, Kirkengen AL, Nessa J. Grunnlag og grenser for klinisk kunnskap. I: Huns-kår S, red. Allmenntilmedisin. Klinisk arbeid. Oslo: ad Notam Gyldendal, 1997.
7. Haynes RB. What kind of evidence is it that evidence-based medicine advocates want health care providers and consumers to pay attention to? BMC Health Services Research 2002; 2: 3. www.biomedcentral.com/1472–6963/2/3 (15.4.2002).
8. Lundstøl J. Kunnskapens hemmeligheter. Oslo: Cappelen Akademisk, 1999.
9. Rudebeck CE. General practice and the dialogue of clinical practice. On symptoms, symptom presentations, and bodily empathy Doktor-avhandling. Scand J Prim Health Care 1992; 10 (suppl 1).
10. Pedersen OB, Prestegaard K, Hjortdahl P, Holm HA. Livslang læring – hvordan lærer leger? Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 2684–8.
11. Vestbø E. Visdom – kunnskapen, pasienten og legen. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1146–8.
12. Rudebeck CE. The doctor, the patient and the body. Scand J Prim Health Care 2000; 18: 4–8.
13. Gorovitz S, MacIntyre A. Toward a theory of medical fallibility. J Medicine Philosophy 1976; 1: 51–71.
14. Vetlesen AJ. Profesjonell og personlig? Legerollen mellom vellykkethet og sårbarhet. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1118–21.
15. Nessa J. Talk as medical work. Discourse analysis of patient-doctor communication in general practice. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 1999.
16. Malterud K. Allmenntilpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Oslo: TANO, 1990.

# Legemiddel-industrien og astma-behandling

**Skal legemiddelindustrien lage retningslinjer for astmabehandling? Retningslinjer for astmabehandling har vært tilgjengelig de siste 14 år og blir jevnlig oppdatert fordi vår kunnskap om astma, etiologi, patofysiologi og behandling er i kontinuerlig utvikling. Lansering av kombinasjonen langtidsvirkende beta-2-agonist og inhalasjonssteroid som «ved behov»-medisinering representerer et betydelig avvik fra de behandlingsprinsipper vi bruker i dag.**

I forbindelse med lanseringen av nye kombinasjonspreparater for innhalasjon av steroider og langtidsvirkende beta-2-agonister kan det virke som om det blir forsøkt innført nye behandlingsprinsipper for mild og moderat astma. De nye prinsippene avviker nemlig fra gjeldende retningslinjer ved at indikasjonsområdet for langtidsvirkende beta-2-agonister utvides i forhold til det som er allment akseptert i dag.

De toneangivende retningslinjer for behandling av astma i dag er Global initiative for asthma (GINA) (1), laget på initiativ fra Verdens helseorganisasjon og National Institutes of Health i USA. Leger følger ikke alltid retningslinjer. Allmenntilpraktikerens manglende oppfølging av den nasjonale handlingsplanen i USA (National Asthma Education Program, NAEP) (2) er vurdert å være potensiell årsak til manglende symptomkontroll og dårlig etterlevelse (2). Men med tilbakemelding på forskrivningspraksis og vurdering av denne praksisen opp mot retningslinjer for behandling kan man øke kvaliteten (3).

Pasientens styring av behandlingen er viktig. En Cochrane-oversikt fra 1999 viste til 25 studier som alle konkluderte med at egenbehandling på basis av skriftlige behandlingskjemaer gir klar bedring av lungefunksjon, redusert nattlig astma, redusert sykefravær og færre akutte innleggelser i sykehus (4). Dette spilles det på i forbindelse med markedsføringen av de nye inhalasjons-

preparatene Symbicort og Seretide: «Pasientene opplever effekt etter en til tre minutter og kan følge sine astmasvingninger med en til fire inhalasjoner daglig» (sitat fra annonse).

Bruken av kombinasjonen salmeterol/flutikason (Seretide) ble undersøkt av Kavuru og medarbeidere (5). De fant signifikant bedre astmakontroll ved bruk av kombinasjonspreparatet enn ved bruk av salmeterol eller flutikason alene. Man inkluderte pasienter med mild og moderat astma, en gruppe med og en gruppe uten inhalasjonssteroider ved oppstart. Mild astma anbefales ikke behandlet med langtidsvirkende beta-2-agonister i henhold til GINA. Studien brukes i markedsføringen som støtte for kombinasjonspreparatet Seretide. Tilsvarende ble kombinasjonen budesonid/formoterol undersøkt i studien Oxis and Pulmicort Turbuha-

ler in Management of Asthma (OPTIMA). Den ble presentert på den europeiske lungelegeforenings kongress i Berlin i september 2001. Man undersøkte effekten av å legge formoterol til lave doser med budesonid hos pasienter med mild astma. To grupper ble inkludert: En gruppe som brukte inhalasjonssteroider ved inklusjon og en gruppe som ikke brukte inhalasjonssteroider. Studien viser at tillegg av formoterol reduserte forverring og bedret lungefunksjon i steroidgruppen, men hadde ingen effekt på forverring eller lungefunksjon i den steroidfrie gruppen (6). Resultatene bør derfor ikke brukes som argument for å inkludere nye store grupper astmapasienter til bruk av langtidsvirkende beta-2-agonister.

Ved å inkludere pasienter med mild astma i behandling som ifølge internasjonale retningslinjer skal forbeholdes alvorligere former, utvides antall pasienter betydelig. Man sitter igjen med inntrykket av at begge produsentene ønsker å markedsføre bruken av de nye kombinasjonspreparatene til også å omfatte pasienter med mild astma.

De nye kombinasjonspreparatene har utvilsomt leveringssystemer med potensial til å forbedre etterlevelse i astmabehandlingen. Monografier og reklamemateriell fra begge produsentene er forsiktige med å avvike fra gjeldende retningslinjer. Nødvendigheten av å sikre at behandlingen skjer i samråd med lege, står klart understreket i annonsene. Det er allikevel grunn til å være på vakt. Lanseringen av Symbicort som en «pasientstyrt og forenklet medikasjon» som «følger sykdommens svingninger» kan føre til at behandlingsskjemaer og jevnlig kontroll hos legen blir mindre vektlagt.

Henrichsen påpeker i en kommentar viktigheten av å ha et godt forhold til behandelende lege i tillegg til skriftlige behandlingsplaner (7). Dette er helt i tråd med for eksempel den nordiske konsensusrapporten (8). Endringer i retningslinjer må være en følge av faglige retningslinjer tuftet på kunnskap, og ikke en følge av økonomiske interesser av å erobre større markedsandeler for et nytt legemiddelkonsept. Dette er i dag en utfordring for fagmiljøet i Norge.

Sture Rognstad

sture.rogstad@samfunnsmed.uio.no

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin  
Postboks 1130 Blindern  
0317 Oslo

#### Litteratur

1. Bousquet J. Global initiative for asthma (GINA) and its objectives. *Clin Exp Allergy* 2000; 30 (suppl): 2–5.
2. Picken HA, Greenfield S, Teres D, Hirway PS, Landis JN. Effect of local standards on the implementation of national guidelines for asthma – primary care agreement with national asthma guidelines. *J Gen Intern Med* 1998; 13: 659–63.
3. Lagerlöf P. Improving drug treatment in primary care. An educational interaction. *Nor J Epidemiol* 2001; 11: 105–10.
4. Gibson PG, Coughlan J, Wilson AJ, Abrahamson M, Bauman A, Hensley MJ et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. The Cochrane Collaboration. (<http://www.medscape.com/cochrane/abstracts/ab001117.html>) (9.1.2002).
5. Kavuru M, Melamed J, Gross G, LaForce C, House K, Prillaman B et al. Salmeterol and fluticasone propionate combined in a new powder inhalation device for the treatment of asthma: a randomized, double-blind, placebo controlled trial. *J Allergy Clin Immunol* 2000; 105: 1108–16.
6. O'Byrne PM, Barnes PJ, Rodriguez-Roisin R, Runnerstrom E, Sandstrom T, Svensson K. Low dose inhaled budesonide and formoterol in mild persistent asthma: the OPTIMA randomized trial. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 164: 1336–8.
7. Henrichsen S. Astma og etterlevelse – kan pasientene styre behandlingen selv? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 319.
8. Dahl R, Bjermer L. Nordic consensus report on asthma management. *Respir Med* 2000; 94: 299–327.

○

en for alle:

SYMBICORT  
TURBUHALER  
TEREAL 5

Astma er en varierende sykdom. Derfor har sykdommen hittil blitt behandlet med forskjellige inhalatorer med forskjellige styrker<sup>1</sup>. Med Symbicort<sup>®</sup> Turbuhaler<sup>®</sup> kan pasienter over 12 år følge svingningene i sin astma med en og samme inhalator i vedlikeholdsbehandling<sup>2</sup>. Pasienten vil allerede etter 1-3 minutter oppleve effekt.

Produsentens markedsføring av en forenklet behandlingsform vil kunne føre til en mer tilfeldig astmabehandling

Forfatteren har tidligere mottatt foredragshonorar fra Astra og Glaxo og reisestøtte fra Astra.