

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Sektortenkning og type 2-diabetes

Odd Erik Johansen har i Tidsskriftet nr. 13–14/2007 (1) gitt opphav til en morsom diskusjon om hvem som bør gjøre hva i helsevesenet (2–4). Denne gang gjelder det hvem som bør følge opp type 2-diabetikere. Undersøkelsen som er utgangspunktet for diskusjonen – og forfatterens ganske bastante konklusjoner – viser at et strukturert, toårs behandlingsopplegg på poliklinikk er bedre enn vanlig oppfølging i allmennpraksis når det gjelder kvantitativt registrerbar reduksjon av kardiovaskulære risikofaktorer (5). Det skulle da bare mangle! Ut ifra dette foreslår forfatterne «at poliklinisk oppfølging etableres som modell for pasienter med type 2-diabetes» (1).

Det mest interessante er imidlertid alt undersøkelsen ikke sier. Hvem skal følge opp den godt regulerede, lett overvektige 42 år gamle kvinnen med type 2-diabetes? Hvor ofte og hvor lenge skal hun følges opp? Skal hun følges av diabetolog til hun dør 87 år gammel i en trafikkulykke? Er det slike greie pasienter Johansen og medarbeidere gjerne vil ha tak i, og ville det i tilfellet vært en fornuftig ressursbruk? Eller er det kanskje den 75-årige mannen med restpareser etter hjerneslag, type 2-diabetes og en depresjon (som vel er det som plager ham mest) dere vil overta ansvaret for på poliklinikken? Hva med pasienten som bruker en rekke medikamenter for kronisk obstruktiv lungesykdom og som får type 2-diabetes oppå det hele; hvem tar ansvaret for ham og sørger for at polyfarmasien ikke helt tar overhånd? Hvem skal ha ansvaret for å skrive ut resepter når pasienten to dager før sommerferien oppdager at det er tomt? Jeg ser for meg at diabetespoliklinikken skriver ut resepter på anti-diabetika, statiner og antihypertensiver, men hva med sovemedisinene og «litt beroligende» som pasienten bruker i perioder?

Bedømt med sektormål vil allmennpraktikeren tape de fleste sammenlikninger, det være seg med søvnpoliklinikker, psoriasispoliklinikker, KOLS-poliklinikker, sykmedlingspoliklinikker og altså diabetespoliklinikker. Når helsevesenet likevel har valgt å ha en «jack of all trades, a master of none» i førstelinjen, er dette ingen gudegitt løsning. Det er viktig å diskutere fortløpende hensiktsmessigheten av en generalisert førstelinjetjeneste, men å forske seg frem til hva som er best, er neimen ikke lett.

Inntil videre velger jeg å tro at allmennpraktiserende leger representerer en faglig og økonomisk fornuftig løsning. Det skal betydelig mer til enn prospektive, sektorbaserte undersøkelser for å overbevise meg om det motsatte.

Dag Bruusgaard

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo
og fastlege

Litteratur

1. Johansen OE. Type 2-diabetikere bør følges opp ved poliklinikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1759.
2. Nicolaysen B. Oppfølging av pasienter med type 2-diabetes. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2124–5.
3. Claudi T, Cooper JG, Jenum AK. Bør pasienter med type 2-diabetes følges opp ved poliklinikk? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2125.
4. Johansen OE, Gullestad L, Birkeland KI. Bør pasienter med type 2-diabetes følges opp ved poliklinikk? Tilsv. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2125.
5. Johansen OE, Gullestad L, Blaasaas KG et al. Effects of structured hospital-based care compared with standard care of type 2 diabetes. Diabet Med 2007; 24: 1019–27.

Glukosamin – Norge er en del av Europa

I kronikken *Glukosamin – den store sukkerpillebløffen* i Tidsskriftet nr. 16/2007 setter forfatterne spørsmålsteget ved kvaliteten på Legemiddelverkets godkjenningssprosedyrer og ber om at man tar til fornuft og reversere avgjørelsen om å godkjenne glukosamin som legemiddel (1). Vi ønsker ikke å gå inn i debatten om effekten av midlet, men vil gjøre oppmerksom på at Norge er en del av den europeiske ordningen for legemiddelgodkjenning (2). Glukosamin ble første gang godkjent i Norge i 2003 innenfor EUs gjensidige anerkjennelsesprosedyre. Den revurderingen forfatterne etterspør, er allerede gjort av legemiddelmyndighetene i Europa.

Glukosamin ble i 2006 henvist til CHMP (EUs vitenskapelige komité for legemidler til mennesker) etter uenighet mellom land som hadde mottatt søknad om markedsføringstillatelse for Glucomed «Nava-medice» (3). En slik henvisning til EUs sentrale legemiddelorgan innebærer en faglig vurdering utført uavhengig av to medlemsland, etterfulgt av en diskusjonsprosess der alle land deltar. Vurderingen omhandlet effekt, sikkerhet, interaksjoner og total nytte-risiko-profil.

Etter drøftingene endte man i en flertallsavgjørelse (19 av 27 stemmer) der majoriteten (tilsluttet av Norge) var positiv til å gi markedsføringstillatelse til glukosamin. Det foreligger altså nå en godkjenning sentralt i EU. Norge er bundet av denne på linje med andre EU/EØS-land.

Lars Gramstad
Eva Skovlund

Statens legemiddelverk

Litteratur

1. Roland PDH, Bjordal JM, Klovning A et al. Glukosamin – den store sukkerpillebløffen. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2121–2.
2. Høibraaten E, Wesenberg GR, Gramstad L. Godkjenning av legemidler i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2629–30.
3. Committee for Medicinal Products for Human Use. Opinion following an article 29(4) referral for Glucomed and associated names. www.emea.europa.eu/htms/human/referral/referral.htm (28.8.2007).

P.D.H. Roland og medarbeidere svarer:

Det er trist å se at Legemiddelverket kun er opptatt av formaljuridiske forhold og ikke vil diskutere hvorvidt glukosamin har effekt. Gramstad & Skovlunds innlegg viser at Legemiddelverket støtter CHMPs vurdering (1). Et sentralt argument for CHMPs godkjenning av glukosamin ved artrose var at det ga smertelindring i samme størrelsesorden som ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAID) og paracetamol, og dette ble begrunnet med henvisning til en artikkel forfattet av bl.a. tre av oss (2). Artikkelen viser at den smertelindrende effekten av farmakologisk intervensjon (NSAID-midler, paracetamol, glukosamin m.m.) sammenliknet med placebo ved gonartrose generelt er mindre enn pasientrapporterte grenser for relevant bedring, og at den i beste fall er minimal og klinisk irrelevant for bl.a. glukosamin (2). At «eksperter» utlegger dette som et argument for glukosamin, er for oss ubegripelig og reiser spørsmålet om de overhodet har satt seg inn i faglitteraturen.

Selv om EØS-avtalen forplikter Legemiddelverket til å godkjenne glukosamin, innebærer ikke dette at man må anbefale behandlingen (3). Terapiretninglinjene er for øvrig skrevet i samarbeid med det svenske Läkemedelsverket, som godkjente glukosamin for CHMPs godkjenning. 30.8.2007 gjentok Legemiddelverket til overmål sin anbefaling av midlet, riktignok i en let-

tere nedtonet form (4). Når man fortsetter å ignorere anerkjente metoder for evidensvurdering og nyere faglitteratur, blir «oppdateringen» like misvisende som i forrige forsøk.

Å kalle et preparat «legemiddel» vil for pasienter og helsepersonell innebære en forventning om at det er effektivt. I legemiddelloven § 4 kan vi lese: «Et legemiddel skal oppfylle bestemte kvalitetskrav, være effektivt og ved normal bruk ikke ha skadevirkninger som står i misforhold til forventet effekt» (5). I dette tilfellet har vi å gjøre med et middel som verken har effekt eller oppfyller andre vanlige dokumentasjonskrav. Når Legemiddelverket ikke viser evne til selvkritikk i dette spørsmålet, mister de etter vårt syn troverdighet. Pasientene skal ikke gis stener for brød.

Pål-Didrik Hoff Roland

RELIS Midt-Norge

Jan Magnus Bjordal

Atle Klovning

Lars Slørdal

Litteratur

1. Committee for medicinal products for human use. Opinion following an article 29(4) referral for Glucomed and associated names. Annex II. www.emea.europa.eu/htmls/human/referral/referral.htm [30.8.2007].
2. Bjordal JM, Klovning A, Ljunggren AE et al. Short-term efficacy of pharmacotherapeutic interventions in osteoarthritic knee pain: a meta-analysis of randomised placebo-controlled trials. *Eur J Pain* 2007; 11: 125–38.
3. Terapiabefaling. Behandling av artrose. www.legemiddelverket.no/upload/19850/Artrose_april2004.pdf [30.8.2007].
4. Glukosamin – en oppdatering. www.legemiddelverket.no/templates/InterPage____27566.aspx [5.9.2007].
5. Lov av 4. desember 1992 nr. 132 om legemidler m.v.

Nytt screeningredskap for vurdering av voldsrisiko

I 2001 omtalte vi i en kronikk i Tidsskriftet bruk av sjekklister ved vurdering av voldsrisiko i akutt- og allmennpsykiatrien (1). Mest brukt i nordiske land er fortsatt den kanadiske HCR-20-sjekklisten. Den inneholder 20 ledd for historisk og nåtidig klinisk risiko og fremtidig risiko og er et godt bidrag til klinisk og fornuftsmessig bedømming av voldsrisiko, både hos psykotiske og hos tilregnelige personer. HCR-20 har vist gode egenskaper i sikkerhets- og rettspsykiatrien, men er altfor tidkrevende til rutinebruk innen allmenn- og akuttpsykiatri. Vi anførte derfor den gang at det var et stort behov for langt mindre tidkrevende sjekklister for disse delene av psykiatrien, og at vi hadde startet utviklingen av en slik sjekklister.

Prosessen har bestått i å prøve ut et mer fyldig sammensatt redskap som ved logistisk regresjon skulle reduseres til ca. ti ledd.

Denne prosessen er beskrevet i en artikkel i 2006 (2). Vi prøvde listen på alle pasienter i ett års sirkulasjon i en akuttpsykiatrisk avdeling og sammenholdt prediksjonene ved utskrivning med registrerte alvorlige trusler og fysisk vold i det kommende året for pasienter fulgt opp i poliklinisk ettervern. Resultatene var oppløftende, idet skje-maer med langt under ti ledd viste prediktiv validitet av høy statistisk signifikans på gruppenivå.

Neste runde, i 2006–07, var å utprøve en tipunkts sjekklister valgt ut fra forundersøkelsen og drøfting med og i internasjonale miljøer. Sjekklisten er svært enkel å bruke, med gjennomsnittlig variasjon i tidsforbruk fra 1–10 minutter. Listen har vist høy inter-raterreliabilitet (ICC = 0,86). Prediktiv validitet for trusler og fysisk vold under oppholdet i to akuttavdelinger i ett år er funnet svært god (AUC henholdsvis 0,79 og 0,87 ved ROC-analyse, med sensitivitet og spesifisitet på henholdsvis 0,85 og 0,76).

Vi synes det er riktig å gi denne korte meldingen i Tidsskriftet for å vise oppfølgingen av vårt forsett i 2001. Vi har kalt listen VRS-10 (voldsrisiko-sjekklister-10) (3). Den er for øvrig, sammen med de ovenfornevnte redskapene og noen andre i tillegg, beskrevet og anbefalt i et rundskriv fra Sosial- og helsedirektoratet fra mai 2007 (4) og er bestemt implementert i Stockholm-regionen.

Pål Hartvig

Bjørn Østberg

Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Hartvig P, Alfarnes SA, Østberg B. Risikovurdering for voldelig atferd – bruk av sjekklister. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2001; 121: 3431–4.
2. Hartvig P, Alfarnes SA, Østberg B et al. Brief checklists for assessing violence risk among patients discharged from acute psychiatric facilities: a preliminary study. *Nord J Psychiatry* 2006; 60: 243–8.
3. Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst. www.kompetanse-senteret.no [17.9.2007].
4. Sosial- og helsedirektoratet. Vurdering av risiko for voldelig atferd – bruk av strukturerte kliniske verktøy. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007.