

Selektive serotoninreopptakshemmere – skade ikke dokumentert?

Bjarte Stubhaug skriver i Tidsskriftet nr. 4/2002 (1) at dokumentasjonen av «skade» av moderne psykofarmaka ikke er særlig god, at «serotonergt syndrom bør være kjent for alle legar», og at «like kjent bør det være at depresjon ofte er ein dødeleg sjukdom».

En undersøkelse publisert i 1999 viste at ni av ti allmennpraktiserende leger ikke var oppmerksom på serotonergt syndrom (2).

I Norge begår opp mot 600 personer selvmord hvert år. Innlagte psykiatriske pasienter og pasienter som er utskrevet, har en betydelig økt risiko for selvmord. Alkohol- og/eller substansmisbruk, alvorlig fysisk sykdom, impulsive handlinger osv. kan være medvirkende årsaker. De mennesker som oppsøker allmennpraktiserende lege og får stilt diagnosen depresjon, har ikke en dokumentert økt risiko for selvmord i forhold til befolkningen for øvrig (3). En dansk undersøkelse viste at omtrent halvdel av forskrivninger av selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI-preparater) gjelder funksjonsfriske mennesker (4). Slike preparater fører muligens til en marginal økning i antall selvmord (5).

I en studie med en pasientmengde på 2000–4000 per allmennpraktiserende lege begikk tilnærmedesvis én pasient selvmord hvert tredje år. Bare i to av mer enn 60 tilfeller fantes det indikasjon i journalen om selvmordsrisiko, og i begge disse tilfellene regnet ikke legen pasienten for å være utsatt for signifikant risiko (6).

Dokumentasjonen av SSRI-relaterte skadevirkninger er overbevisende. Den amerikanske legemiddelkontrollen FDA advarte i desember 2001 om at paroxetin (Seroxat) hyppig forårsaker seponeringssymptomer, og at enkelte mennesker utvikler avhengighet. Legemiddelfirmaet GlaxoSmithKline er ifølge BMJ blitt tvunget til å innrømme at en av firmaets bestselgere, paroxetin, forårsaker alvorlige seponeringssymptomer (7).

Dersom enkelte pasienter blir skremt, slik Stubhaug hevder, må dette skyldes at de ikke har mottatt den informasjon om mulig risiko og bivirkninger som de har krav på i henhold til lov om pasientrettigheter.

Hosle

Svein Reseland

Litteratur

- Stubhaug B. Selektive serotoninreopptakshemmere – skade ikke dokumentert? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 428.
- Mackay FJ, Dunn NR, Mann RD. Antidepressants and the serotonin syndrome in general practice. Br J Gen Pract 1999; 49: 871–4.

3. van Weel-Baumgarten E, van den Bosch W, van den Hoogen H, Zitman FG. Ten year follow-up of depression after diagnosis in general practice. Br J Gen Pract 1998; 48: 1643–6.

4. Nordentoft M, Brockenhuus-Schack A. Lægeforening og samfund. Lykkepillen – både for lidt og for meget. Ugeskr Læger 1995; 157: 4150–3.

5. Jick SS, Dean AD, Jick H. Antidepressant and suicide. BMJ 1995; 310: 215–8.

6. Goldsmith SK. Suicide prevention and intervention: summary of a workshop. Washington, D.C.: National Academy Press, 2001.

7. Tonks A. Withdrawal from paroxetine can be severe, warns FDA. BMJ 2002; 324: 260.

B. Stubhaug svarer:

Korrespondansespalta blir for liten til å drøfte utførlig dei spørsmåla som Svein Reseland no tar opp: Om antidepressiv er nyttige i depresjonsbehandling i det heile, om antidepressiv minskar talet på suicid, om suicid kan predikerast ved depresjonsdiagnose hos allmennlege, og kva som er avgjerande faktorar ved suicidalåtferd.

Dette er andre og meir omfattande spørsmål enn «skade» av selektive serotoninreopptakshemmarar (SSRI) og høyrer heime i ein seriøs debatt om depresjonsbehandling og suicidførebygging. Vi kjenner diskusjonen igjen også frå svart-kvitt-striden om antidepressiv, der ein gjerne tar anten-eller-standpunkt.

I det norske medisinske fagmiljøet vil ein finne ulike holdningar til bruk av antidepressiv, inkludert SSRI-preparat. Frå psykiatrisk spesialistmiljø har vi peikt på behovet for grundig utgreiing og diagnostikk før ein tar i bruk psykoaktive medikament. Vi trur det kan vere eit overforbruk av antidepressiv hos pasientar der det ikkje er medisinsk indikasjon, og eit bekymringsfullt underforbruk hos pasientar som ikkje blir diagnostisert til å ha ein alvorleg depresjon. Særleg gjeld dette ved atypiske depresjonar og hos menn.

Nettopp fordi dette gjeld alvorlege og potensielt dødelege sjukdommar, nettopp fordi vi brukar psykotrope medikament som påverkar mentale funksjonar, og nettopp fordi slike medikament kan ha biverknader – slik Reseland rett nok påpeikar, og slik alle legar må ha kunnskap om – må ein bruke all erfaring, all forskning og all kunnskap som er tilgjengeleg i behandling av menneske med psykiske plager og lidningar. Vi trur ikkje at medikamentell behandling er svaret på alle psykiske plager, og vi veit at både allmennlegar og psykiatrar brukar eit vidt spektrum av behandlingsmetodar. Når ein brukar medikament, er det ei sjølvstendig oppgåve for legen å informere grundig om diagnostikk

vurdering, om behandlingalternativ, om risiko ved sjukdom og mulege biverknader ved behandling. Dette vil gjelde ved depresjon, ved diabetes, høgt blodtrykk, kreft og i all medisin.

I den grad målet til Svein Reseland er auka medvit om kompleksitet og problem ved behandling av psykiske lidningar, er vi på line.

Vi håper at slikt auka medvit kan føre til aktive behandlingsval, ikkje til behandlingsvegving. Om behandlinga blir samtaler, medikasjon, ingenting eller begge delar, må vere eit resultat både av profesjonell rådgjeving og pasientens eige val.

Haugesund

Bjarte Stubhaug

leder

Norsk psykiatrisk forening

Mitt urolige hjerte

Dag S. Thelle beskriver sitt urolige hjerte i nr. 30/2001 (1). *Mitt urolige hjerte* debuterte i 1991. I stekende sol og i minst 45 varmegrader skulle jeg skifte hjul på bilen min i Saudi-Arabia. Jeg fikk plutselig besvimelsesfølelser og kaldsvettet. Jeg ante selvfølgelig ikke hva dette kunne komme av. I mangel av noe bedre tok jeg meg til svømmebassenget. Mens jeg lå der og slappet av, ble det til at jeg tok pulsen min. Dypt sjokkert kunne jeg registrere at jeg hadde atrieflimmer. Så bar det rett til sykehuset. På med elektroder og monitorering. Inn med venekateter. Etter en intravenøs injeksjon slo flimmeret om så å si momentant.

Senere har det gått slag i slag. Ekstrasystoli og kortere og lengre atrieflimmerepisoder fulgte. Flimmerperiodene varte aldri lenger enn 24 timer. Selv som røntgenlege var det jo noe jeg kunne gjøre. Det ble til at jeg tok acetylsalisylsyre, det jeg måtte ha for hånden. Heldigvis har jeg sterk mage, og noen rullestol har jeg ennå ikke hatt behov for.

Etter at jeg kom til min nåværende arbeidsplass, er det blitt en rekke korridorkonsultasjoner. Jeg har også «sykklet». Alt skal visstnok være i orden, bortsett fra at jeg har fått registrert atrieflimmer en rekke ganger. Resultatet av korridorkonsultasjonene er blitt sotalol og flekainid på blåresept. Muligens er anfallene blitt litt sjeldnere etter det.

Det ble også til at barna mine fikk høre om mine plager. Min yngste datter utbrøt: «Det er ikke noe galt med deg, pappa. Du mangler bare litt magnesium.» Hun sendte meg magnesiumkapsler, som jeg siden har brukt. Og plagene mine? De er borte. Både ekstrasystolien og flimmerepisodene.

Både Thelle og en av mine korridorleger hører til eliten innen antioksidantforskningen (bl.a. magnesium, selen, sink) i Norge. Det må ha vært en uforklarlig sperre som har gjort at Thelle ikke har begynt selvmedisinering med magnesium. Nå er imidlertid alt så mye, mye bedre. Kanskje takket være min datter og magnesiumtablettene.

Kongsvinger *Nils Kristian Johnsrud*

Litteratur

1. Thelle DS. Et urolig hjerte. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3640–1.

D.S. Thelle svarer:

Nils Kristian Johnsrud peker på et interessant behandlingstilbud, som nok også undertegnede har forsøkt (1) – dessverre ikke med samme gode resultat. Forslaget kom fra en kjent kardiolog, men jeg klarte ikke å finne overbevisende dokumentasjon for at dette skulle ha effekt ved paroksysisk flimmer hos ellers hjertefriske. Dyrestudier og enkelte mindre kliniske studier viser at magnesiummangel bidrar til økt dødelighet hos hjertesyke individer, men hva er magnesiummangel når man har et «vanlig» kosthold (2–4)? Og har man hjertesykdom når man har paroksysisk supraventrikulær takykarytmi?

Jeg tror vi må se på denne tilstanden som et mulig resultat av en lang rekke ulike årsaker som kan påvirke flere mekanismer. Litt forenklet kan man vel si at forkammertakykardier er et resultat av en diskrepans mellom forkammerets anatomiske størrelse og repolariseringen i cellene, spesielt i lungevenenunningene. Jo større forkammeret er, desto mer sannsynlig er det at noen celler er repolarisert før kontraksjonen er ferdig, som f.eks. ved mitralstenose. Men også en raske repolarisering i et forkammer av normal størrelse vil lede til premature kontraksjoner. Det er et mangfold av mekanismer som bestemmer hva som skal hende, og magnesium hører med i noen av disse, men kanskje ikke i alle?

Göteborg

Dag S. Thelle

Litteratur

1. Thelle DS. Et urolig hjerte. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3640–1.
2. Miyoshi K, Taniguchi M, Seki S, Mochizuki S. Effects of magnesium and its mechanism on the incidence of reperfusion arrhythmias following severe ischemia in isolated rat hearts. Cardio-vasc Drugs Ther 2000; 14: 625–33.
3. Ince C, Schulman SP, Quigley JF, Berger RD, Kolasa M, Ferguson R et al. Usefulness of magnesium sulfate in stabilizing cardiac repolarization in heart failure secondary to ischemic cardiomyopathy. Am J Cardiol 2001; 88: 224–9.
4. Farouque HM, Sanders P, Young GD. Intravenous magnesium sulfate for acute termination of sustained monomorphic ventricular tachycardia associated with coronary artery disease. Am J Cardiol 2000; 86: 1270–2.

Automatisk epikrise til pasienten? Ja!

Jeg gratulerer Jens Hugo Trumpy ved nevrokirurgisk avdeling i Tromsø med artikkelen i Tidsskriftet nr. 4/2002 (1). Det er svært hyggelig at en norsk sykehusavdeling endelig gjør det som mange har ment er det eneste riktige, nemlig å sende epikrise til pasienter som har vært innlagt. I tillegg er det gjort en evaluering av ordningen ved at man har spurt dem det gjelder om de setter pris på en slik praksis.

Da jeg første gang skrev om dette i Tidsskriftet i 1994 (2) slo VG det opp over to sider. Det å lage en utskrivningsrapport når pasienten utskrives fra sykehuset, en rapport som pasienten selv skal lese, forstå og signere, slik det gjøres ved amerikanske sykehus, har i USA først og fremst et juridisk formål. Det som er viktigst for pasienten, er følelsen av å bli godt informert om hva som har foregått, hva som ble funnet, hvordan det behandlingsmessige opplegget blir videre, hvem som har det medisinske ansvaret etter utskrivningen osv. Her har vi fortsatt mye å lære. En god begynnelse er det opplegget som Trumpy beskriver fra Tromsø, hvor pasienten får en kopi av epikrisen, enten den kommer straks etter utskrivningen eller noe senere.

Fortsatt holder jeg en knapp på at det beste ville være en rapport (epikrise) som forelå idet pasienten gikk ut av sykehusdøren, hvor oppholdet ble beskrevet og gjennomgått på en slik måte at pasienten selv var i stand til å forstå innholdet og meningen. Denne kunne så gå i kopi til pasientens faste lege. Svar på prøver og liknende som ikke forelå da pasienten ble utskrevet, må kunne ettersendes, og ikke brukes som argument for å vente med epikrisen til senere. En slik rapport må formuleres på den måten at menigmann kan forstå innholdet og meningen. I den grad pasientens faste lege har behov for ytterligere medisinske opplysninger (som operasjonsbeskrivelse, svar på alle prøver som ble tatt osv.), kan sykehuset på forespørsel sende dette til legen.

Stavanger

Olav Thorsen

Litteratur

1. Trumpy JH. Bør pasientene automatisk få kopi av sin epikrise? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 394–6.
2. Thorsen O. Utskrivningsrapport til pasienten på amerikansk vis – noe for oss? Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 2882.

Redningshelikoptertjenesten i Bodø

Atle Ulvik og medarbeidere drøfter i Tidsskriftet nr. 1/2002 bruk av redningshelikopteret i Bodø for ambulanseoppdrag i perio-

den 1988–98 (1). En av deres hovedkonklusjoner var: Det er ingen helsemessig gevinst i at redningshelikopteret er fast bemannet med anestesilege eller i å opprette tilstedevakt for leger i tjenesten. Undertegnede leger deltar i denne tjenesten i dag og ønsker å kommentere artikkelen.

Kun 5 % av pasientene i studieperioden fikk akuttmedisinsk behandling (1). Nye tall viser at mer enn 30 % av pasientene mottok akuttmedisinsk behandling i 2001. Også antall utførte tiltak i 1988–98 avviker fra 2001. Utførte oppdrag i 2001 vedrørende livstruende skade eller sykdom der umiddelbar behandling er nødvendig og alvorlige skader eller sykdom med manifest svikt av vitale funksjoner (NACA-gruppe 5–6) utgjorde 15 %. Skade eller sykdom som er potensielt livstruende (NACA-gruppe 4) utgjorde 37 %. I dag er således over halvparten av dem som behandles under primæroppdrag, potensielt eller manifest livstruende skadet eller syk, ev. med svikt i vitale funksjoner.

Ulvik og medarbeidere hevder at den faktiske tidsbesparelsen kun vil være 14 minutter ved tilstedevakt og at dette vil gi liten helsegevinst ved oppdrag «der sekundene teller». Med utgangspunkt i flylogg og en fremtidig beregnet reaksjonstid på sju minutter ved tilstedevakt viser våre data at man vil oppnå en tidsgevinst på inntil 29 minutter. Luftambulansen har aldri vært tiltenkt pasienter «der sekundene teller» (< 1 min). Vi er således enig med Ulvik og medarbeidere at for disse pasientene er luftambulansen uegnet. Tar man derimot utgangspunkt i det velkjente akuttmedisinske begrepet «den gylne time» (the golden hour), vil den utregnede tidsgevinsten (både den til Ulvik og medarbeidere og vår) få konsekvenser for en betydelig større pasientgruppe enn for dem hvor «sekundene teller».

En styrking av akuttmedisinske kunnskaper i primærhelsetjenesten og ambulansetjenesten erstatter ikke behovet for et anestesilegebemannet luftambulansetilbud, men bedrer det generelle akuttmedisinske tilbudet til befolkningen.

Vår hovedinnvending er at Ulvik og medarbeidere trekker konklusjoner om dagens situasjon og om fremtidig organisering av tjenesten på grunnlag av en beskrivelse av virksomheten som ligger tilbake i tid. Tall fra 2001 viser at den anestesilegebannede luftambulansen ved redningshelikoptertjenesten i Bodø er et verdifullt akuttmedisinsk tilbud. For å kunne gi et like verdig tilbud til en større del av befolkningen må det innføres tilstedevakt for anestesilegene.

Bodø

Raymond Teigen

Jens Kløver

Joacim Linde

Sven Håkon Urving

Jan-André Westlie