



Tema:

Forskning utenfor universitetssykehusene

side 11

Årsmøtet på
Lillehammer
2007

side 5

Portrett:

Harald Thorsvik
- en forskende
klinikker

side 10

Nytt fra
Cøliakiforeningen

side 30



Velg TachoSil® – for rask hemostase og vevsforsegling

- Stanser blødninger og forsegler vev raskt og effektivt.²
- TachoSil® er den eneste ferdige kombinasjon av kollagen, fibrinogen og trombin som er klar til bruk.¹ Med en gang den er applisert vil koaguleringen starte og blødningen stanser på 3-5 minutter.²
- TachoSil® er meget elastisk og har en sterk limende evne¹ – gir luft og væsketett forsegling raskt.^{1, 3}
- TachoSil® er et reseptbelagt legemiddel.⁴

1) Carbon RT: Evaluation of biodegradable fleece-bound sealing: History, material science, and clinical application. Tissue engineering and biodegradable equivalents. Scientific and clinical applications. Edited by Lewandrowski K-U, Wise DL, Trantolo DJ, Gresser JD, Yaszemski MJ, Altobelli DE. Marcel Dekker, 2002. 2) Czerny et al. Collagen patch coated with fibrin glue components. Journ.of Cardiovasc.surg. Vol 41,no 4,553-557 2000 3) Carbon RT, Schmidt A, Baar S, Kriegelstein S. Tissue management with fleece-bound sealing. 6th World Congress on Trauma, Shock, Inflammation and Sepsis, March 2nd-6th, 2004. 4) Preparatomtale (SPC) FK-tekst annet sted i bladet



Leder

Bjørn Moum
Med. avd.
Aker Universitetssykehus HF
0514 Oslo
T: 22 89 45 02
M: 45 06 52 75
bjmoum@broadpark.no

Kasserer

Astrid Rydning
Kir. Avd.
St. Olavs Hospital
7006 Trondheim
T: 73 92 04 20
M: 90 08 71 07

Styremedlemmer:

Jørgen Jahnsen
Med. avd.
Aker Universitetssykehus HF
0514 Oslo
T: 22 89 48 87
jorgen.jahnsen@medisin.uio.no

Esben Riise
Med. Avd.
Molde sykehus
6407 Molde
T: 71 12 00 00
esben.riise@helsenr.no

Roald Torp
Med. avd.
Sykehuset innlandet Hamar
2326 Hamar
T: 62 53 75 82
roald.torp@sykehuset-innlandet.no

Arne Christian Mohn
Gastrokir. Avd.
Haugesund sjukehus
Postboks 2170 Bedriftspostkontoret
5504 Haugesund
T: 0 52 53
M: 91 57 95 49
arne.christian.mohn@helse-fonna.no

Arild Horn
Gastrokir. avd.
Haukeland Universitetssjukehus
Postboks 1
5021 Bergen
T: 55 97 50 00
M: 92 03 42 90
arild.horn@helse-bergen.no

Redaktør:

Thomas de Lange
Med. avd.
Sykehuset Asker og Bærum
Postboks 83
1309 Rud
T: 67 80 92 04
M: 99 03 07 89
t.d.lange@medisin.uio.no

Webmaster:

Esben Riise

INNHOOLD



- 4 Leder
- 5 Redaktørens hjørne
- 5 **Vintermøte Lillehammer**
- 6 Referat fra generalforsamlingen
- 8 Årsmøtepriser
- Portrett:**
- 10 Harald Thorsvik - en forskende kliniker
- Tema:**
- 13 Forskning utenfor universitetssykehusene- et viktig bidrag?
- 14 Sykehuset Innlandet HF:
Innlandets største helsefaglige forskningsinstitusjon
- 15 Telemark:
Rapport fra et av forskningens utkantstrøk
- 16 Sørlandet Sykehus-Kristiansand:
Forskning ved Kirurgisk avdeling
- 17 Ålesund Sjukehus:
Forskning, kan det gjerast utanfor dei etablerte miljøa?
- 19 Lovisenberg Diakonale Sykehus:
Tynntarmsfunksjon kan vurderes med pusteprøve.
- 20 Forskningsprosjekt i Nord-Norge: "Bodø Heliocobacter"
- 21 Sykehuset i Asker og Bærum:
Tenk forskning på lokalsykehuset!
- 22 Stipendiat i Gastronett
- 23 Kurs
- 25 Stipender
- 29 Doktorgrader
- 30 Nytt fra pasientforeningen

Innlegg til NGF-nytt

NGF-nytt skal formidle relevant informasjon til medlemmene. Bladet skal også være bindeledd mellom industrien og brukeren. Dette skal ikke være noe vitenskapelig tidsskrift. "Takhøyden" skal være stor, og vi ønsker oss et levende og leseverdig NGF-nytt.

Materiell som leveres

For å skape et bedre blad og forenkle arbeidet til redaksjonen (frivillig arbeid) ber vi om at man tar hensyn til følgende:

1. Vi ønsker artikler/innlegg med forenklet språkbruk og hvor følgende er tatt hensyn til:

- Heading som vekker interesse
- Ingress som gir innblikk i artikkelen
- Subheadinger som underletter lesing og framhever avsnitt

2. Krav til tekstdokumentet:

- Word-filer
- Uten linjeskift, tekst skrives løpende inn i manuset
- Nye avsnitt med 2. linjeskift (Dvs 1. blanklinje mellom)
- Aldri versaler
- Uthevet tekst markeres i menylinjen med fetere eller større bokstaver
- Saves as, vanlig word-dokument eller ren tekst

3. Bilder/illustrasjoner

- Digitalt:**
- Minimum oppløsning 300 dpi
 - Størrelse ca 10x15 cm eller større
 - Format JPG, EPS eller TIFF
 - Fargebilder leveres i RGB eller CMYK

Originaler:

- Papirkopier max A4-størrelse

Annonser i NGF-nytt

Gjennom NGF-nytt når du eksklusivt norske gastrointresserte leger. Foreningen har ca. 470 leger som medlemmer. NGF-nytt distribueres også til alle avdelingsoverlegene på medisinske og kirurgiske avd. ved norske sykehus. Annonser i NGF-nytt legges også ut på NGF's hjemmeside og formidles til medlemmene pr. e-mail.

1. Annonsepriser:

- Helseid, 4-farge – 10.000,-
- Halvsidestående, 4-farge – 6.000,-
- Halvsideliggende, 4-farge – 6.000,-
- Kvartside, 4-farge – 4.000,-

Årsavtale: 20% rabatt på innrykk av 4 helsider pr. år. Prisene er eks. mva.

2. Annonseformat:

- A4 (helside) format 210 x 297 mm + 3 mm
- Halvsideliggende format 210 x 148 mm + 3 mm
- Halvsidestående format 105 x 297 mm + 3 mm
- Kvartside (satsflate), format 91 x 138 mm, ikke utfallende
- Høyoppløste PDF-filer, der fonter + høyoppløste bilder er inkludert, 300dpi.

Utgivelsesplan

	Materiellfrist	Utgivelse
Nr. 2/2007	1. juni	20. juni
Nr. 3/2007	1. september	20. september
Nr. 4/2007	1. desember	20. desember

Design og grafisk produksjon:

Degrafo AS, Postboks 7002 Majorstuen, 0306 Oslo
Telefon: 22 95 74 00, Fax: 22 95 74 10, e-mail: post@degrafo.no

Omslagsbilde: Lena Kristiansson

Årets utfordringer

Vi har på ny gjennomført et vellykket årsmøte i regi av NGF på Lillehammer, faglig så vel som sosialt. I dette NGF Nytt følger en oversikt over verdige prisvinnere og årsmøtereferat fra generalforsamlingen.

Foreningen skal nå se fremover i en ny organisasjonsmodell, som fagmedisinsk forening sammen med 39 andre tilsvarende foreninger. Legeforeningen har lagt ned mye arbeid og prestisje i denne nye organiseringen. Nå blir det mye opp til hver av de fagmedisinske foreningene selv å skape en faglig plattform og gi foreningen et innhold så vel som fornuftige oppgaver for å utvikle faget. For NGF har dette arbeidet pågått over lang tid og foreningen har klart å skape et fundament som for oss som sitter i styret synes meningsfylt å bruke tiden på. Vi opplever at foreningen har fått en viktig posisjon i faglige og helsepolitiske spørsmål, og at våre synspunkter og faglige innspill blir etterspurt.

Et viktig arbeid som gjenstår i en ny organisatorisk struktur er å få en god dialog til Norsk Indremedisinsk Forening som NGFs paraplyorganisasjon men også til Norsk Forening for Gastroentero-logisk Kirurgi (NFGK). Det vil være viktig at vi drar i samme retning, for å skape en solid og kvalitativ god utvikling av faget og en høy kvalitet i utdannelsen av spesialister.

En ny organisasjonsstruktur er i seg selv ingen garanti for at ting vil gå på skinner, det vil som før kreve arbeide og samarbeidsånd for at ting skal lykkes. Men forutsetningene synes bedre enn før, og optimismen rår i NGF styret når vi nå går inn i en ny 2 års periode.



Vi håper og tror på en god dialog med medlemmene. Foreningen er til for alle med gastroenterologiske interesser, daglig faglige så vel som forskningmessige utfordringer.

Bjørn Moum

Leder NGF

Creon®

pankreatin



Pankreon® har i mange år vært solgt med merkenavnet **Creon®** utenfor Norden. Siden mars 2004 har vi også i Norge tatt i bruk merkenavnet **Creon®**.

Creon® og **Creon® Forte** blir fortsatt levert i brukervennlige bokser.



**SOLVAY
PHARMA**

Postboks 248, 1301 Sandvika.
Tlf. 67 52 12 20

Kjære NGF-medlem

Vi er allerede godt i gang med et nytt år, med nye spennende muligheter og utfordringer. Faget utvikles raskt, samarbeidsformer mellom faggrupper og sykehus endres. Det er viktig at vi er aktive i denne prosessen. NGF-Nytt skal være et forum for å diskutere disse problemstillingene. Vi legger opp til 4 nummere i 2007. Bladet er lagt opp med faste spalter og et tema i hvert nummer. Dette for at du som leser skal kjenne deg igjen i bladet.

I dette nummeret har vi hovedfokus på forskning utenfor universitetsmiljøene. De siste årene har det blitt mer vanlig å registrere prosedyrene vi utfører. Denne utviklingen er ønsket av myndighetene. Jeg tror imidlertid at det er viktig at vi styrer denne utviklingen ut fra faglige kriterier.

Mange nye registre er opprettet de senere årene. De finnes både sentrale og lokale registre. Disse registrene vil kunne svare på epidemiologiske problemstillinger, avdekke gode og uheldige effekter av behandlingsrutiner etc.

I neste nummer vil vi prøve å gi en oversikt over aktuelle og planlagte registre innen gastroenterologi. Jeg er helt avhengig av innspill fra dere for at denne oversikten skal bli så god som mulig. Jeg vil også kontakte aktuelle myndigheter både for at vi skal få bedre oversikt over regelverk og for å få mer kunnskap om myndighetenes planer og ønskemål.

Medlemmenes bidrag er en forutsetning for å lykkes og jeg er takknemlig for alle ideer og tanker om temaer vi bør belyse. Nyheter fra fagmiljøene vil være viktige å presentere. Interessante kasuistikker er ofte gode illustrasjoner på hverdagsproblemer.

Velkommen med innspill!



Thomas de Lange
Redaktør

□ Foreningsnytt

Vintermøte Lillehammer 2007

Vintermøtet var som vanlig godt besøkt. Det var i år ca 110 påmeldte deltagere.

Torsdagssymposium tok opp et sentralt tema i den daglige kliniske virksomhet "Underernæring på sykehus", som ble arrangert i samarbeid med "Norsk Selskap for Klinisk Ernæring". Øivind Irtun, UNN innledet med å presentere Selskapet (www.nske.no)

Morten Mowe, Aker Universitetssykehus poengter at underernæring på sykehus forekom hyppig. Han fremla resultatene fra en skandinavisk undersøkelse om skandinaviske leger og sykepleieres kunnskap og holdninger til klinisk ernæring. **Anne Berit Guttormsen**, informerte om Haukeland Universitetssykehus prosjekter og metoder for å kartlegge og behandle underernæring.

I innleggene til **Øivind Irtun**, UNN og **Jan Magnus Kvamme**, UNN kom det tydelig frem at underernæring var en viktig utfordring både på medisinske og kirurgiske avdelinger. Det har stor betydning for pasientens livskvalitet i tillegg til at det betyr mye for hvor fort de blir friske og for å forebygge behandlingskomplikasjoner.

Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi (NFGK) arrangerte også i år et halvdagsseminar. Tema i år var "Behandling av akutt blødende ulcus - har intervensjonsradiologien endret behandlingsrutinene?"

Idar Lygren innledet med å gi en oversikt over forekomsten av ulcus sykdom i dag og prognostiske faktorer. Blødende ulcus er ikke en sykdom som er på vei å utrykkes, sannsynligvis pga medikamentelt induserte sår.

I innlegget til **Bjørn Hofstad** kom det tydelig frem at de fleste kan behandles endoskopisk og at svært få pasienter blir operert.

Tom Harald Edna viste at resultatene i Levanger var gode både betreffende endoskopisk og kirurgisk men han understreket at tallene var små og at det kunne være en av årsakene til at resultatet virket så gode.

Thomas de Lange demonstrerte nye teknikkker som er utprøvd på dyremodeller og som om noen år kanskje kan bli klinisk realitet og kanskje minske behovet både for radiologisk og kirurgisk intervensjon.

I **Thomas Mogers** innlegg kom det tydelig frem at når pasienten først ble operert burde man velge enkle teknikker. Det kom tydelige signaler fra salen om bakvaken burde tilkalles i denne situasjonen.

Nils Einar Kløw ga en god innføring både i og hvordan coiling utføres og hvilke utfordringer man står overfor. Denne teknikken har redusert behovet for kirurgi ytterligere men det er få sentra som tilbyr dette på døgn basis.

Lene Larsen avsluttet med å legge frem en oversikt over hvordan man lykkes med disse prosedyrene på Ullevål.

Fredag ettermiddag og lørdagen var viet frie foredrag.

Ved landsmøte middagen fikk de beste foredragene priser (se side 8).

Referat fra Generalforsamlingen fredag 9. februar 2007

Av: Tormod Bjerkeset og Jan Tholfsen

NGF leder Bjørn Moum ønsker velkommen til generalforsamling.

Han meddeler at foreningens æresmedlem Anna Maria Wessel-Berg, døde i desember 2006. Magnhild Gangsøy Kristiansen holder minneord over avdøde som var landets første kvinnelige spesialist i fordøyelsessykdommer og som hadde en mangeårig innsats bak seg for faget og sine pasienter også etter oppnådd pensjonsalder. Hun var foruten æresmedlemsskap i NGF tildelt en rekke hedersbevisninger for sin utrettlige innsats. Hennes bortgang ble av generalforsamlingen markert med ett minutts stillhet.

1. Valg av dirigent og referenter:

Til dirigent for generalforsamlingen ble valgt Tom Gerner og referenter Tormod Bjerkeset og Jan Tholfsen.

2. Konstituering – innkalling

Ingen bemerkninger til innkallingen.

3. Styrets årsrapport for 2006

Styrets fremlagte årsrapport gjennomgås av foreningens leder. Det har vært avholdt 3 styremøter og dertil behandlet en rekke saker ved hjelp av elektronisk kommunikasjon. Til sammen 61 saker har vært behandlet (korrigert fra de 69 anført i årsrapporten). Det store antall saker tilsier et klart behov for et styremøte til i året.

Store og vesentlige saker for styret i 2006 har fortsatt vært:

NGF's nye plassering i den omorganiserte legeförening.

Høringsuttalelser vedrørende blåreseptordningen med foretrukket preparat for syrehemmere, innføring av immunosuppresiva på blå resept for IBD, endring av regler for bruk av 5-ASA.

Videreutvikling av NGF's hjemmeside på internett.

Videreutvikling av NGF-nytt.

Fordeling av stipend fra industrien og fra NGF samt planlegging av årsmøtet.

Medlemstallet pr 31.12.2006 ble oppgitt å være 471.

Innvendinger mot årsrapporten fremkom ikke.

4. Regnskap / budsjett / revisjon

Astrid Rydning la frem og gjennomgikk regnskapet for 2006 og budsjett for 2007. Regnskapet for 2006 ble presentert med et underskudd på kr 172.259, men kr. 59.000 utestående var innkommet etter at regnskapet var gjort opp så reelt underskudd ble kr. 113.259. Vesentlig del av underskuddet skyltes større utgifter enn budsjettet for utgivelsen av NGF-nytt. I budsjett for 2007 beregnes lavere kostnader og større inntekter (reklame) ved utgivelsen av NGF-nytt. Foreningens økonomi finnes fortsatt solid ikke minst grunnet overskudd fra NGC 2004.

Regnskap gjennomgått og godkjent av revisorene Hermod Petersen og Tormod Bjerkeset.

■ Styret fremlegger i tilslutning til gjennomgang av regnskap/budsjett ønske om å beholde overskuddet fra NGC 2004 på sperret høyrentekonto – evt. å overføre renteavkastningen til NGF's forskningsfond. Begrunnelsen er å ha beløpet som sikkerhet i forbindelse NGF's neste arrangement av NGC 2009.

■ Knut Lundin har på egne og andres vegne lagt fram for generalforsamlingen forslag om å overføre overskuddet fra NGC 2004 til NGF's forskningsfond. Avstemming går i favør av styrets ønske med 38 mot 12 stemmer.

5. Rapport fra spesialitetskomiteene

Spesialitetskomiteen i fordøyelsessykdommer

Tom Schulz rapporterer at det er 184 godkjente spesialister. 14 nye godkjente spesialister i fordøyelsessykdommer hvorav 8 utdannet i Norge og 6 med spesialistutdanning fra utlandet. Det uttrykkes bekymring for tempoet i utdanningen. Avgangen kan fort bli større enn rekrutteringen. Kvinneandelen er foreløpig svært lav.

Spesialitetskomiteen i gastroenterologisk kirurgi

Ingen rapport fremlagt, men henviser til rapport fremlagt under kirurgisk høstmøte.

6. Rapport fra interessegruppene

Interessegruppen for leversykdommer

Kirsten Muri Boberg refererer til vellykket gjennomført møte om leversykdommer i mars 2006.

NGF's kvalitetsutvalg

Tom Glomsaker opplyser om fornyelser i ERCP registeret og fremtidig registreringer som vil skje via "Gastronet". Alle avdelinger som utfører ERCP oppfordres til å registrere sine prosedyrer. Det vurderes å utarbeide standarder for henvisninger. Retningslinjer for å kunne benytte propofol ved endoskopiske prosedyrer.

Interessegruppen for gastrointestinal endoskopi

Tom Glomsaker referer til linken til SADE og meddeler at det også 2006 ble gjennomført vellykket SADE-kurs med stor deltagelse. Kursene dekker opplagt et behov og vil tilstribes videreført.

Interessegruppen for gastrointestinal ultrasonografi

Roald Flesland Havre refererer stor kursaktivitet på ulike nivå i gastrointestinal ultrasonografi.

7. Rapport om Scandinavian Journal of Gastroenterology

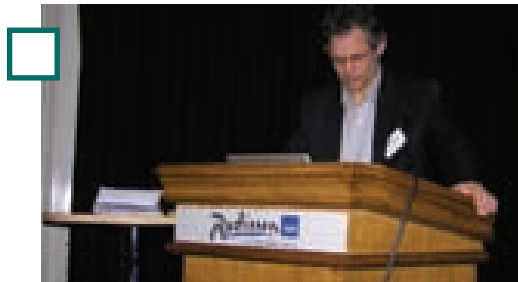
Kristian Bjørø, nye sjefredaktør etter Arnold Berstad, meddeler Helge Waldums inntreden som sentral medarbeider. Impact factor stabil 1,8. Likeledes stabil god manustilgang, refusjonsrate 30%. Det planlegges publisering på ny elektronisk plattform – Manuscript Central. Det øves press på forlaget for å få redusert trykkekosten som for tiden er 7-8 mnd. Forsamlingen oppfordres på ny om å sende sine arbeider til Scand J Gastroenterol.

8. NGF' forskningsfond.

Knut Lundin redegjør for status i fondet. Til utdeling fra fondet for 2006 ble utlyst kr 100.000 hvorav 42.165 utgjorde avkastning og resten ble tatt fra kapitalen.



Årsmøte 2007 - faglig og sosialt treff



9. Vedtektsendringer for fagmedisinsk forening; NGF's Nye Lover

Dnlf's omorganisering i fagmedisinske foreninger har krevd endringer i NGF's Lover- vedtekter. Styrets nye "Vedtekter for Norsk Gastroenterologisk Forening" ble lagt fram for generalforsamlingen og enstemmig godkjent etter mikroskopisk endring i ordlyd.

10. NGF styrets arbeid videre

Styret ønsker generalforsamlingens støtte for å kunne styrke NGF's arbeid som fagmedisinsk forening med f. eks. innleie av sekretærhjelp evt. frikjøp av styremedlemmer. Bifalles av generalforsamlingen under forutsetning av at det skjer innenfor vedtatte budsjett. Styret ber om at NGF-redaktør og Web-ansvarlig får møterett i styremøter selv om de ikke skulle være medlemmer av styret. Bifalles. Tom Glomsaker slutter som NGF-nytt redaktør og etterfølges av Thomas de Lange. Øivind Irtun overlater Web-ansvaret til Esben Riise.

11. Årsmøtet 2008, 2009 og 2010 samt organisering

Styret meddeler at årsmøtet for 2008 er besluttet lagt til Hafjell. Et par innlegg fra salen stiller seg undrene til det, men konklusjonen fra generalforsamlingen blir at beslutningen om årsmøtested overlates til styret. Det kommer ingen motforestillinger til styrets forslag om å la industrien fortsette å delta med utstillinger.

12. Valg av styre

Aud Svendsen og Tom Glomsaker går ut av styret. Etter litt frem og tilbake fra valgkomiteens side fremkommer at Arild Horn og Arne-Christian Mohn er forespurrt og nominert. Velges med akklamasjon.

13. Valg av valgkomite og revisor

Valgkomite: Øivind Irtun, leder, Ole Christian Lunde. Til nytt medlem i valgkomiteen valgtes Per Sandvei.

Revisorer: Tormod Bjerkeset og Hermod Petersen ble gjenvalgt.

14. Eventuelt

Fra Norsk Pankreas Klubb v/ Truls Hauge forelå søknad til styret om etablering av "Interessegruppe for Pancreas i NGF".

Trond Buanes, Gastrokir. avd. UUS foreslåes som leder. Øvrige medlemmer: Dag Hoem, Gastrokir. avd. Haukeland; Ivar Gladhaug, Gastrokir. avd. RH; Olaug Villanger, Gastrokir. avd. RH; Erling Bringeland, Gastrokir. avd. St. Olav; Dag Malm, Gastromed. avd. Tromsø; Truls Hauge, Gastromed. avd. UUS; Tom Glomsaker, Gastrokir. avd. Stavanger også forespurrt. Bifalles av generalforsamlingen.

Årsmøtet avsluttes med styrets gaveoverrekkelse og takk til avtroppende styremedlem og NGF-nytt redaktør Tom Glomsaker og avtroppende Webansvarlig Øivind Irtun.

Årsmøtepriser

På årets landsmøte ble det presentert mange gode abstrakt. Det var en stor utfordring for komiteen bestående av Knut Lundin, Per Farup og Arne Skarstein å velge ut prisvinnerne. Det ble delt ut priser i fire klasser. Komiteens valg falt på følgende:

Prisen for beste kliniske arbeid fra universitetsklinikk gikk til Lars Marius Ytrebø, Gastrokirurgisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge og The UCL Institute of Hepatology, University College London for eksperimentelle studier på sirkulasjonsforstyrrelser ved akutt leversvikt.

Prisen for beste kliniske arbeid uten for universitetsklinikk gikk til Carl G. P. Platou indremedisinsk avdeling, Sykehuset Levanger og HUNT, NTNU for et arbeid der han kartla forekomsten av funksjonell dyspepsi og irritabeltarm (IBS) i en uselekert Norsk befolkningsgruppe. Han undersøkte også om det var en forbindelse mellom funksjonelle plager og en funksjonell polymorfisme av GNB3-C825T and OPRM1-A118G.

Prisen for det beste eksperimentelle arbeid gikk til Arne Skarstein Gastrokirurgisk avdeling Haukeland universitetssykehus for et arbeid der man undersøkte i hvilken grad aktivering av plasminogen systemet virker inn på det enteriske nervesystem ved inflammatorisk og malign sykdom i magetarm kanalen.

Prisen for det beste arbeid med hovedvekt på presentasjonen av arbeidet gikk til Trygve Hausken, for en kasusitikk der han illustrerte at oppblåst mage kan forklares ved hjelp av feil muskelaktivitet i diafragma og bukmuskel.



□ Prisen overrekkes til Arne Skarstein av Knut Lundin



□ Prisen overrekkes til Lars Marius Ytrebø av Knut Lundin



□ Prisen overrekkes til Trygve Hausken av Knut Lundin

ECCO møte Innsbruck

1.- 3. mars 2007

Av: Knut E. A. Lundin, Vemund Paulsen og Espen Riise.

European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) møte i kongressenteret like ved gamlebyen hadde ca 900 deltagere. Alpene var dramatiske kulisser.

IDB skoler

Før møtet ble det arrangert et intensiv kurs for unge gastroenterologer. Samtidig ble sykepleierdelen av kongressen arrangert. Hovedtemaer var utdanning av IBD-sykepleiere og organisering og rolle for sykepleier-drevne IBD poliklinikker. Norge ligger langt fremme med flere aktive poliklinikker og mestringsentra.

Biologisk behandling

Anti-TNF behandling var sentral både i de vitenskapelige diskusjonene og på industriutstillingen. Precise studien på certolizumab og den nylig publiserte CHARM studien på adalimumab ble lagt frem. En subanalyse fra CHARM viste best effekt av adalimumab hos pasienter med sykdomsvarighet under 2 år. Det er nå klart at infliximab (Remicade), adalimumab (Humira) og certolizumab (Cimzia?) er effektive ved Crohns sykdom. Det finnes ingen sammenlignende studier slik at det er vanskelig å bedømme om det er noen forskjeller i effektivitet, langtidseffekt eller sikkerhet. Kun infliximab har langtidsdata. I et materiale fra Leuven på 743 pasienter så man 103 "serious adverse events", 54 alvorlige infeksjoner (2 tbc), 15 krefttilfeller (ingen lymfomer men mange basalcellecarcinomer hos de som brukte azathioprin) og 9 dødsfall. Dette viser god sikkerhetsprofil og passer med data fra TREAT registeret i USA der man ser økt dødlighet ved steroidebruk og narkotika, men ikke ved infliximab.

Behandlingsplan

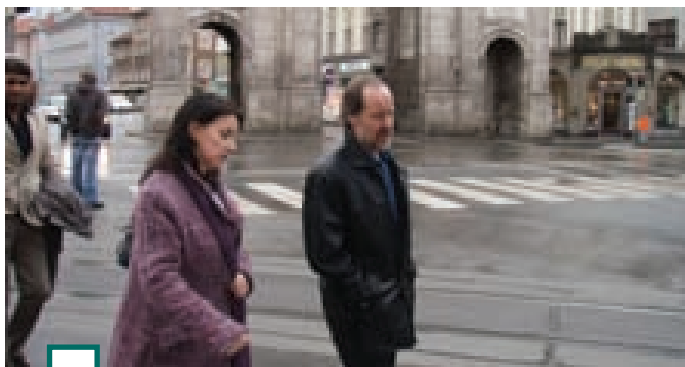
De store utfordringer innen anti-TNF behandling er når man skal begynne og hvor lenge man skal behandle. Pro-og-kontra sesjoner med titlene "Inverting the pyramid for CD and UC?" med innledere Gert D'Haens og Jurgen Schölmerich, og "Aggressive assessment of mucosal healing is mandatory" med innledere Daan Hommes og Marc Lemann omhandlet dette. Ved IBD er det vanskelig å forutsi hvem som får et alvorlig forløp. IBSEN studien brukes ofte til å peke på at IBD i mange tilfeller kan ha et mildt forløp. 90% av deltagerne på møtet syntes klare på at en konservativ tilnærming fremdeles er å anbefale.

Kontroll av Crohn

Spørsmålet om man skal endoskopere Crohn pasienter i klinisk remisjon dukker ofte opp. Pasienter på steroider kan ha uttalte endoskopiske forandringer selv om de har det fint. Spesielt Daan Hommes snakket sterkt for kopi som grunnlag for kliniske tiltak. Vi som er vant med å bruke avføringsprøver er overrasket at måling av calprotectin ikke nevnes

Fettvevshyperplasi

Pierre Desreumeaux presenterte data på at Crohn pasienter ofte har hyperplasi av intrabdominalt fettvev som leierer inn syke tarmsegment. Fettvevet uttrykker CRP. Det spekuleres på om mikroperforasjoner med translokasjon av bakterier til fettvevet bidrar til magesmerter og forhøyet CRP.



□ På vandring med alpenes dramatiske kulisser i bakgrunnen

Van Assche viste at kombinasjonsbehandling med azathioprin og anti-TNF ved Crohn ikke ga noen fordel kontra behandling med anti-TNF alene. Studien kunne ikke avgjøre om kombinasjonsbehandling er bedre enn monoterapi i starten. Spørsmålet vil sannsynlig besvares i SONIC studien der flere norske sykehus deltar. Stadig flere velger nok å slutte med azathioprin etter 6 måneder når pasienten samtidig får anti-TNF. Dette er nok svært vanlig hos barn og unge der det er rapportert om aggressive hepatospleniske lymfomer ved kombinasjonsbehandling.

Ny behandling

Anti-TNF er det dominerende behandlingsprinsipp men andre former er også aktuelle. Data ble lagt frem på visilizumab ved UC, dette anti-CD3 antistoffet (Nuvion) kan være lovende ved alvorlig UC og studeres blant annet i Norge. Norske postere

Arne Røseth presenterte en calprotectin hurtigtest. Lars-Petter Jørgensen presenterte data på livskvalitet hos pasienter med diabetes sammenlignet med IBD. Tømm Bernklevs hadde to postere, en om kolektomi av pasienter med UC, den andre på IBD lignende symptomer tross normal koloskopi på 10-års kontrollen i IBSEN studien. Ole Høie hadde en poster på 10 års data fra den europeiske kohorten. Marthe Høivik viste at livskvalitet hos IBD pasienter i IBSEN kohorten ikke bedret seg fra 5 til 10 års kontrollen.

Harald Torsvik en forskende kliniker

Av: Ragnar Madsen, Degrafo

En av nestorene på Bærum sykehus, Harald Torsvik fylte 70 nylig. Etter 30 år på sykehuset kan han se tilbake på en rik karriere med mange interessefelt. Det er personen, fagmannen og generalisten de ansatte verdsetter. Han tilhører en av generalistene som det stadig blir færre av. –En ulykke for pasientene og for Helse-Norge, sier Harald



Harald Torsvik tar imot og viser meg inn på kontoret der vi kan sitte i ro. En lun og hyggelig mann som er lett å like. Han har satt av tid til å fortelle, det forstår jeg raskt.

-Du har en lang karriere bak deg og har vært innom det meste en lege kan komme borti. Forskning, klinisk virksomhet, gastroenterologi, hematologi, genetik, plastisk kirurgi etc. Hvordan begynte dette?

-Medisin var ikke gitt for meg, far var jurist og ofte er det jo slik at jurist følger jurist, derfor begynte jeg på engelsklinjen. Interessen for å begynne på medisin oppstod, og jeg hoppet over til reallinjen. Jeg ble tatt opp ved universitetet i Bergen, men halvparten av kullet fullførte de fire første årene i Oslo.

Turnus i Skien og Volda.

-Så var det turnustjeneste som jo kan gi den første pekepinn om hvor man vil?

-Turnustjenesten ble utført ved Skien sykehus, på medisinsk og kirurgisk avd.. To ting husker jeg derfra, nemlig veien inn til byen da jeg begynte og veien ut da jeg sluttet. Resten av tiden jobbet jeg .

I turnustiden ble jeg opptatt av indremedisin, det var Carsten Müller som motiverte meg med faglig dyktighet og god disiplin. Her skrev jeg også mine 2 første artikler etterhvert ble det over 60.

Neste stopp var distriktsturnus i Volda, den satte ikke så store faglige spor, men andre ting husker jeg bedre derfra. Vi hadde fått barn og skulle feire barnedåp. For oss er det naturlig med vin til maten og vi bestilte en kasse med vin som ble levert pr. båt. På denne tiden var dette eneste mulighet for å få seg noe fludium i Volda. Stemningen i lokalsamfunnet var til å ta å føle på – Det e' komen sending til doktoren! Vi ble møtt med taushet og blikk når vi skulle handle mat i nærbutikken. Stor var også overraskelsen da et kommunestyremedlem foreslo at barna ikke skulle få drikke brus fra flaske på 17. mai. Han mente "Dei kan verte vande med flaskå". Min kone og jeg fant ut at Volda ikke helt var stedet for oss, men det må tilføyes at det neppe er slik i dag som for ca. 40 år siden.

Harald er grundig i sin omtale, som gode kolleger også påpeker. Åpen, tilgjengelig, grundig, lojal og sparer seg ikke, er noen av superlativene som går igjen. Han er kjent for sin utrolige bredde, noe man jo forstår når man får høre hans livshistorie.

Militæret ved Oslo militære sykehus

-Etter Volda måtte også du avtjene verneplikt.

-Ja, jeg ble plassert ved Oslo Militære sykehus og skulle jobbe innenfor ortopedi og plastisk kirurgi. Sykehuset hadde utviklet kompetanse på alvorlige brannskader.

Jeg konstaterte at mange fikk både store psykiske og fysiske skader, et område jeg kunne tenke meg å jobbe mer med. Det fantes ikke relevante utdanningsstillinger og derfor ble jeg ikke plastisk kirurg.

Slik ble det ikke. Harald fikk tilbud om jobb på medisin B, Rikshospitalet, der Storstein regjerte. Der arbeidet jeg på cardlab hvor vi gjorde den preoperative utredningen.

- Dette var en periode da hjertekirurgien var i startgropen og prisen var høy i form av komplikasjoner og mortalitet. Stadig nye metoder og teknikker innebar sikrere løsninger. Vi kalkulerte nok med at vi ved å utsette operasjoner dermed kunne øke sannsynligheten for suksess for flere pasienter, så det hendte at vi på utredningssiden gjemte bort pasienter får kirurgene med professor Efskind i spissen. Harald ble fasinert av Efskind, drømmen om å bli den neste store hjertekirurg vokste fram.

Men et nytt tilbud ble presentert. Han fikk tilbud om universitetsstipend professor Storstein og skulle bistå Storstein i et prosjekt om bruk av radioaktive Xenon ifm. med hjertefeil (karlegging av sentrale shunter og innkjøring av metoden). Opplæringen skulle foregå i København og Harald brukte 1/2 år på lesing, prøving og feiling. Harald var forespeilet et doktorgradsprosjekt men det ikke forelå noen utviklingsplan lurte Harald på hva han da skulle gjøre og fikk vel ikke noe direkte svar av den litt utydelige og mumlende Storstein. Det førte til at han flyttet en etasje ned til Medisin A, senere gastroavd. Dette var i 1966 og før man hadde begynt de første spedede endoskopi forsøk. På avdelingen behandlet man et vidt spekter, blodsykdommer dominerte. Etterhvert fikk han Egil Jone som sjef, en person som har betydd mye for Harald.

En banebrytende oppdagelse

- En tilfeldighet som oppstod fikk stor betydning for min fremtid. Jeg hadde ansvar for en post der vi fikk inn en pasient med en uklar nyresykdom. Pasientens blod var som krem. Sammen med Egil Gjone og Kåre Norum startet vi en kartlegging og konstaterte at hun manglet enzymet Lecithin Cholesterol Acyl-Transferase «LCAT mangel», enzym som medførte at kolestrolet forestres. Dette var det første tilfellet som var beskrevet i verden. Det var tydelig at mangel på LCAT enzymet forårsaket både nyreskade og forstyrrelse i fettstoffsiftet. Det viste seg at 2 av pasientens 4 andre søsken hadde den samme mangelen. Harald fikk med dette en doktorgradmulighet rett i fanget. Da flyttet han til institutt for med. genetik. Han jobbet med dette i 4 år og fikk sin doktorgrad og ble god-

Harald Torsvik

- Cand med fra Bergen 1962
- Turnus i Skien og Volda(distrikt) 1962-64
- Militærtjeneste militærhospital i Oslo 64-65
- Assistenlege medisinsk avdeling A og B Rikshospitalet 1965-68
- Stipendiat medisinsk genetik 68-72
- Disputerte i 1972 på avhandlingen "HDL in lecithin cholesterol acyltransferase deficiency"
- Post doc stipend ved New York hospital and Rockefeller University 72-73
- Harvard/MIT 73/74
- Ass lege med A, Rikshospitalet 74-77
- Spesialist i fordøyelses sykdommer og indremedisin 76
- Spesialist i medisinsk genetik 76
- Overlege Sykehuset Asker og Bærum 77
- Startet gastrolab her 1977
- Styremedlem i norsk indremedisinsk forening 79-84
- Formann i norsk indremedisinsk forening 84-87
- Avdelingsoverlege ved sykehuset Asker og Bærum 91-98
- Overlege ved sykehuset Asker og Bærum 98-06
- Overlege på konsulent basis ved sykehuset Asker og Bærum 06

kjent spesialist i medisinsk genetik og fikk en livslang interesse for fettstoffsiftet "Det har alltid forundret meg at så få gastroenterologer er interessert i lipider. Leveren er jo helt sentral".

Til USA for å perfektionere seg i genetik

Etter disputasene fikk Harald tilbudet om en forskerstilling ved Rockefeller University i New York. Han skulle være genetiker ved en stor hjerteundersøkelse, der en rekke ansatte i store bedrifter skulle screenes. Han flyttet over med familien og kunne den første tiden suge inn kompetansen på Rockefeller. Det ble 7 mnd. med læring, foredrag - en flott tid ifølge Harald. Han fikk hele tiden beskjed om forberedelser til undersøkelsene gikk på hjul, men da 7 mnd. var gått, hadde enda ikke noe skjedd. Etterhvert kom det frem at forhandlingene med fagforeningene var komplisert. Dermed ble prosjektet stadig utsatt.

...deretter Boston og hjem

Da dukket det opp et nytt tilbud, han kunne få en jobb ved en lipidlab. i Boston tilknyttet Harvard/MIT. Jobben var å kartlegge årsaker til høyt kolesterol. Her samarbeidet han med Goldstein og Brown som senere fikk Nobelpris i medisins Både han og familien hadde fine 1 1/2 år der før de vendte nesen hjem Vel utreisen var han forespeilet universitetsstilling innen medisinsk genetik. På grunn av ansettelsesstopp ved norske sykehus ble stillingen ikke opprettet. Da fikk Harald tilbud av Erik Gjone på medisins A Rikshospitalet om å gjenoppta utdannelsen i indremedisin. Gastroenterologi var da et satsningsområde med Gjoe som suveren og dyktig sjef og Olav Fausa som entusiastisk endoskopør. All vi andre måtte stå i andre rekke og knive om å slippe til på labben.

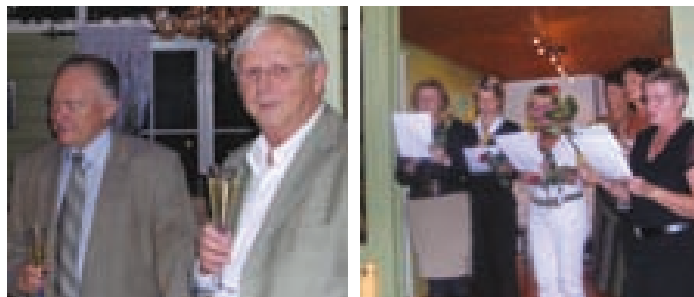
Til Bærum sykehus

I 1977 fikk han så stilling ved Bærum sykehus, der har han vært i 30 år. Etter mange år på reise var det ok å etablere seg et fast sted, idag bor Harald ca. 12. minutters gange fra sykehuset og synes tiden ved sykehuset har vært fantastisk. "Det burde være enmenneskerett å bo i gangavstand til jobben"

-Du har vært en av grunnpilarene på sykehuset., bl.a. den første spesialist i fordøyelses-sykdomer og innførte endoskopi.

-Jeg har vel vært litt som poteten, kan brukes til mye og trives med bredden. Har dermed fått brukt mye av det jeg har vært borti. Bærum sykehus er slik jeg ser det et passe stort sykehus som innebærer mange fordeler for de ansatte og for pasientene.

Hvis et sykehus passerer en viss størrelse, fragmenteres det. Man snakker ikke



så lett sammen på tvers av avdelingene. Samarbeider er avgjørende for god pasientbehandling, særlig når vi hovedsakelig jobber med øyeblikkelig hjelp.

-Men det setter vel noen begrensninger faglig?

-Når det gjelder forskning har vi selvfølgelig ikke de samme ressursene som universitetssykehusene, dog har vi fått til mye her Vi har etablert en forsknings-enhet med 5 stipendiater, hvorav 2 vil disputere ganske snart. Få sykehus av denne størrelsen har fått til dette, De siste par årene har vi fått økonomisk støtte fra Helse Øst. Det har gitt et velkomment løft.

Generalistene forsvinner

Harald ser et problem at de siste generalister synes å bli borte. De fleste unge tenker mest på spesialisering og slukes av de store universitetssykehusene. Dette er ingen fordel for norske pasienter, vi trenger leger som fanger opp de vanligste sykdommer. "Alle poster på indremedisinsk avdeling bør ha minst en generalist som kan korrigere for gruppens kikkertsyn" Norske leger er altfor dårlig utdannetgenetik og biokjemi i Norge, sier Harald. De som kjenner Harald mener at hans kunnskapsbredde kommer godt med på et sykehus som Bærum. Han kan spørres om det meste og har alltid svar å gi. Dette har også pasientene nytte av; de får en grundig gjennomgang av alle sider ved sin sykdomstilstand, Harald er hensynsfull og ærlig.

Endoskopi

-Du startet tidlig med endoskopi hos Olav Fausa og innførte dette ved Bærum sykehus. Hvordan var den første tiden?

-Utstyret var tungt og uhensiktsmessig. Vi hadde ikke egne endoskopirom så prosedyrene ble utført på brudd og resusiteringsrommet. Når det kom inn pasienter med hjertestans eller alvorlig skade måtte vi trille våre pasienter på gangen med skopet inne. Først ved åpningen av det nye sykehuset i 1982 fikk vi egen skopiseksjon. Da jeg viste sykehusdirektøren i Akershus Vetlesen rundt oppdaget han et skilt på en dør der det stod «gastroskopi og koloskopi». Han beordret at skiltet måtte ned umiddelbart, da Fylkestinget ikke hadde vedtatt at B.S skulle gjøre endoskopier. Harald spurte da uskyldig Vetlesen når fylkestinget hadde vedtatt at legene på B.S. kunne bruke stetoskop. Skiltene ble hengende.

Sherry på bakrommet

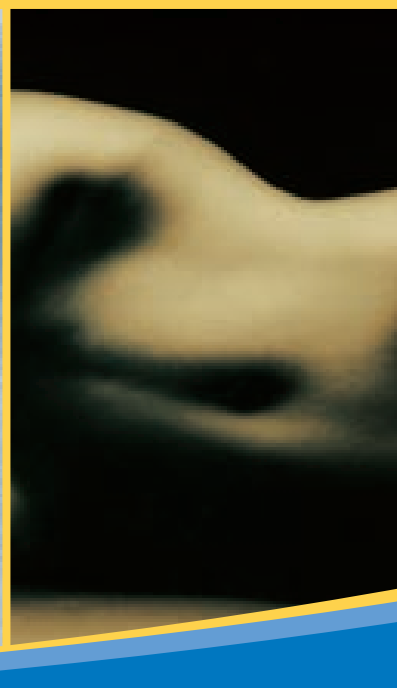
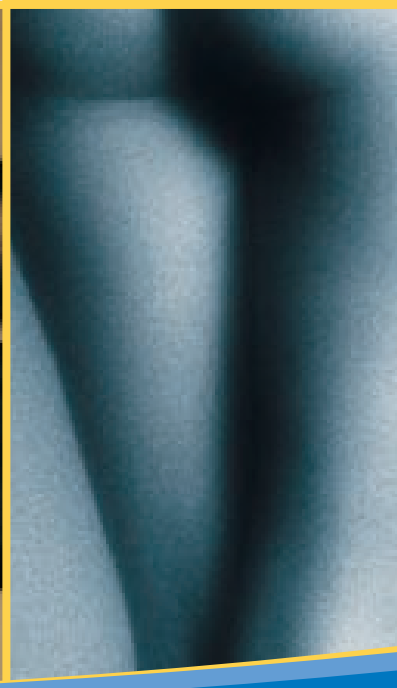
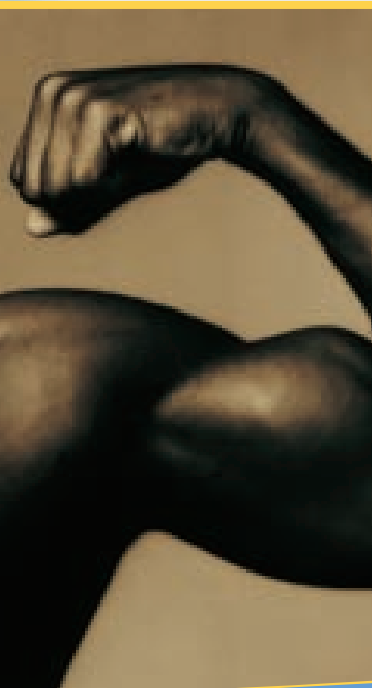
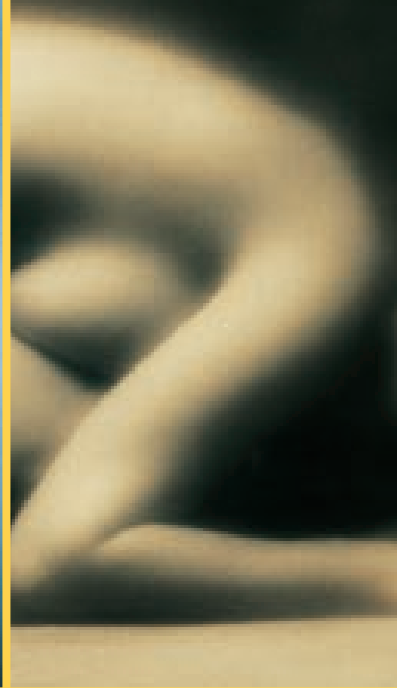
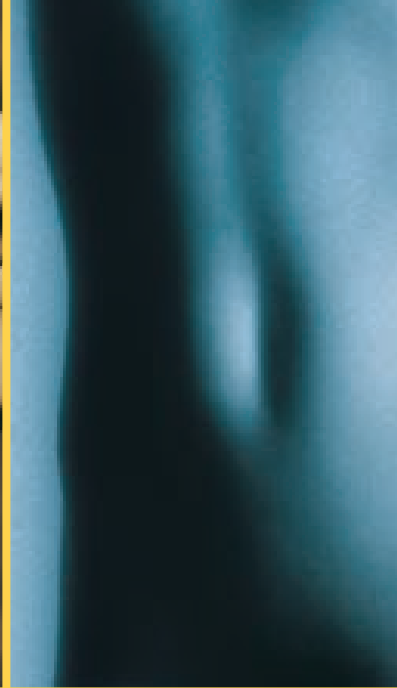
Harald er åpen, har godt humør og er alltid tilgjengelig. Tennis og squash har tidligere vært en lidenskap men muskelplager satte en stopper for dette. Gammeldans, lange turer både på ski og bena har også vært viktige beskjeftigelser. I tillegg til at stadig er klinisk aktiv, bryner han hjernen med bridgespilling

-Det går også rykter om sherrypartyer på Haralds kontor.

-Jeg deltok på et kurs i London der Sheila Sherlook var en av lederne. Hver fredag ble det etter arbeidstid invitert til sherry på hennes kontor. Jeg lanserte det her på Bærum, men det falt litt i fisk på grunn av våre bestemmelser for bilkjøring og alkohol.

-Du vil fortsatt jobbe aktivt?

-Ja, den ordningen jeg har nå trives jeg med. Nå arbeider jeg 3-4 dager pr uke, en dag med endoskopi, en på dagpost med hematologi og en dag på kreftavdelingen. Så lenge jeg føler jeg er til nytte stiller jeg mer enn gjerne opp, avslutter en livsfrisk og engasjert Harald Thorsvik.



Forskning utenfor universitetssykehusene- et viktig bidrag?

Av Thomas de Lange



Forskning utenfor universitetssykehusene er hovedtemaet i dette nummeret. Flere aktører har blitt invitert til å skrive om hvordan forskning organiseres og utføres hos dem. Stipendiater har også kommet til orde for å belyse hvordan det i praksis er å være forsker i mindre miljøer. Temaet er valgt fordi det stilles stadig større krav både til kvalitet og til at behandlingen skal være faktabasert. Derfor har fokus i større og også i mindre HF'er blitt mer rettet mot forskning og kvalitetssikring. Denne forskningen vil være et viktig bidrag til å effektivisere og bedre den kliniske virksomheten som til største del utføres utenfor universitetssykehusene. De innsendte bidrag vitner om mye entusiasme og pågangsmot. Mange miljøer med minst like stor entusiasme har sikkert ikke blitt presentert, derfor vil det i kommende nummer være åpent for å komme med nye innlegg.

Sykehuset Innlandet HF: Innlandets største helsefaglige forskningsinstitusjon

Sykehuset Innlandet HF er et sykehus med et stort utnyttet forskningspotensial. Prioritering av midler til oppbygging av en Forskningsenhet og utlysning av midler til frie forskningsprosjekter bærer frukt. Det er dannet flere forskergrupper, sykehuset har mange stipendiater, og 6 ansatte disputerte i 2006. En av forskergruppene springer ut fra gastromiljøet i Gjøvik.

Av: Per Farup
Forskningsjef/overlege, SI
Professor, NTNU
Mail: Per.Farup@ntnu.no



□ Hvor er Sykehuset Innlandet HF?
Tegningen er gjengitt med kunstnerens tillatelse.

Etter sammenslåingen av 41 enheter i Oppland og Hedmark. Sykehuset har ikke hatt tradisjon for forskning, men prioritert god og effektiv pasientbehandling. Satsningen på forskning de senere år har resultert i flere sprudlende forskergrupper og virket samlende i en ellers motsetningsfylt sykehusprosess.

Sykehuset Innlandet HFs Forskningsenhet

Forskningsenheten i sykehuset er en serviceenhet for forskning. Forskningsenheten tilrettelegger rutiner som forenkler veien gjennom den byråkratiske forskningsjungelen, skaffer nødvendig programvare, lager gode IT-løsninger og tilrettelegger egnede økonomistyringssystemer. Det holdes kurs om forskningsmetodikk, statistikk, litteratursøkning og bruk av programvare som EpiInfo, SPSS og RefMan. Forskersamlinger og Forskerforum er regelmessige arrangementer som har vært gledelig godt besøkt. Vi samarbeider med alle universitetsmiljøene i landet og med høgskolene i regionen. Sist men ikke minst, SI utlyser ikke ubetydelige midler til forskning. Disse midlene har vært helt avgjørende for å få forskningen opp på et nivå som gjør det mulig å konkurrere om regionale, nasjonale og internasjonale forskningsmidler.

Satsningen bærer frukt. Større (i lokal målestokk) og mindre forskningsgrupper dannes i forskjellige fagfelt og entusiasmen sprer seg i miljøet. Det ansettes forskningsrådgivere og studiesykepleiere, vi knytter til oss kompetente forskningsveiledere fra universitetene, og de interne midlene brukes til frikjøp av forskere og veiledere. Dette gir resultater i form av stipendiater, publikasjoner og doktorgrader. Det er med ikke liten stolthet vi forteller at 6 ansatte ved SI avla doktorgrad i 2006 fordelt på universitetene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. Vi er ganske sikkert den største helsefaglige forskningsinstitusjon i Innlandet, større enn høgskolene.

Gastrogruppen

En av de større forskningsgruppene i SI springer ut fra miljøet jeg startet i 1980-årene ved gastroenterologisk seksjon ved medisinsk avdeling i Gjøvik. Forskningsmiljøet inkluderer nå i tillegg barneavdelingen, barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, sykehusapoteket, klinisk kjemisk avdeling og Høgskolen i Gjøvik. Holdningen til forskning er endret fra å være en særinteresse man burde holde seg unna til å bli en aktivitet man står i kø for å komme inn i. Funksjonelle mage-tarm lidelser (FGID), som har vært hovedtemaet for forskningen vår siste 15 år, er nå utvidet til å omfatte somatiske og psykiske aspekter hos barn og unge, ernæring, farmakoterapi, nye avanserte laboratorietester, helseøkonomi og helsetjenesteforskning. Professor (UiB) og barnelege Trond Markestad, som har en bistilling i SI, er en uvurderlig ressurs i gruppen.

Resultatene kommer. Per Olav Vandvik disputerte våren 2006 ved NTNU på et arbeid om Irritabel tarmsyndrom og har nå 50% stilling som forsker (post.doc.) ved Kunnskapssenteret med arbeidsplass Gjøvik for å fortsette med forskning og veiledning. Vår forskningsgruppe har i dag 4 (snart 5) stipendiater. Solveig Ligaarden (ernæringsfysiolog) arbeider med kosthold og matvareantistoff hos personer med FGID, Gunvor Fosnes (farmasøyt) med legemidler og FGID, Helene Helgeland (lege) med psykososiale aspekter hos barn og unge med FGID, og Bjørg Simonsen (farmasøyt) med legemiddelhåndtering og testing i simulator i samarbeid med Høgskolen i Gjøvik. Den femte, Gro Flagstad (lege) går snart inn i stipendiatstilling på et arbeid om somatiske aspekter ved FGID hos barn. I tillegg har vi to mindre prosjekter som kanskje vil bli utvidet til PhD-prosjekter.

Vi gleder oss over stor interesse og entusiasme i miljøet, og at vi har greidd å skaffe mye midler i disse sparetider. Vi håper forskningsaktiviteten vil vokse videre og samarbeider gjerne med andre miljøer som leser disse linjene.

Telemark:

Rapport fra et av forskningens utkantstrøk

Av: Geir Hoff, overlege, prof. doktor med.

Ikke all originalforskning behøver å være initiert ved universitetssykehusene. Uansett hvor det starter – samarbeid utover egen institusjon er viktig for å få til noe.



□ Self-propulsive colonoscope (SP 4WD) prototyp til utprøving ved STHF

Tradisjonelt har det vært liten eller ingen egeninitiert, original forskningsaktivitet ved HFene utenfor universitetssykehusene. Det er etter hvert stilt krav om forskningsaktivitet ved alle HFene. RHFene har sørget for øremerkede midler til søkbare forskningspotter, midler som det tidligere ville ha vært naturlig skulle tilflytte driftsbudsjettene ved HFene. Foreløpig ser det ut til at ca. 80% av disse pottmidlene tildeles forskning ved universitetssykehusene når kriteriene for støtteverdighet bygger på rene kvalitetskrav, dvs. når det ikke taes spesielle distrikts-hensyn. Miljøene utenfor universitetssykehusene har altså en vei å gå i forhold til kvalitetskrav, og vi må bli konkurransedyktige på akkurat det - kvalitet. Det har jo vært hevdet av flere at minst 90% av vitenskapelige publikasjoner har liten eller ingen verdi m.h.t. kunnskapsheving og burde aldri ha vært publisert.

Strategiske grep

Sykehuset Telemark har gjort noen grep som er uvanlige og som kan gjøre sykehuset mer konkurransedyktig ved tildeling av midler. Det er opprettet en fulltids stilling som forskningssjef, halv stilling for statistiker, en 20% sekretærstilling og 3 stillinger er besatt for kombinert 50% kliniker/50% forsker innenfor definerte satsningsområder. NIFU-tall for 2005 viste at STHF var det sykehuset utenfor universitetssykehusene som hadde størst vitenskapelig produksjon (alt heter jo "produksjon" i disse dager), men evnen til å hente inn "konkurranseutatte" forskningsmidler er fortsatt relativt ynkelig.

Gode resultater

Gastromiljøet ved STHF har profilert seg spesielt sterkt og er ikke blitt svekket med årene. Det begynte vel med utviklingen av endoskopivirksomheten på 1970-tallet (Solheim/Rosseland/Ruud m.fl.) og fortsatte med Telemark Polyp Study (TPS-I) i 1983 og 1996 (dr.grader ved undertegnede og Espen Thiis-Evensen). Den randomiserte sigmoidoskopi-screeningstudien NORCCAP-I ble utført i Telemark og Oslo 1999-2001. Stadig kommer det ut publikasjoner og

PhD-er fra denne studien med forankring først og fremst ved Kreftregisteret, men også STHF får merittering. Samarbeidet med Kreftregisteret har vært svært fruktbar for STHF, og jeg vil oppfordre andre gastroenterologiske miljøer til en bevisstgjøring på hvilken gullgrube Kreftregisteret er, kanskje spesielt i kraft av å være et selvstendig Institutt for Populasjonsbasert Kreftforskning basert på samarbeide mot de kliniske miljøene. Alle som bidrar med kreftmeldinger (og hvem gjør ikke det) burde føle at de har en aksje i Kreftregisteret, og aksjonærer bør som kjent bidra til å utvikle sin bedrift. Kolorektalcancerregisteret og pågående arbeider for å endre Kreftregisteret fra et rent sykdomsregister til et behandlingskvalitetsregister er ferske eksempler på synergi klinikk/register.

Lokal satsing i nisjeområde er veien

NGFs kvalitetsutviklingsplattform Gastronett var opprinnelig en knoppskytning fra NORCCAP-prosjektet via utprøving i klinisk rutinevirksomhet ved STHF til et verdifullt nettverkssamarbeid primært rundt kvaliteten på utførelse av koloskopier i Norge. Nylig har noen av sykehusene i nettverket gjenopptatt registrering av ERCP, denne gang i regi av Gastronett. Sekretariatet er plassert i Skien, og Helse Sør har nylig bevilget midler til drift av sekretariatet.

TPS-I, NORCCAP og Gastronett har igjen åpnet opp for andre studier med annen tematikk, f.eks. utprøving av prototypskop og tilbehør, Michael Bretthauers studier på CO₂-insufflering, planlegging av randomiserte studier på koloskopiscreening (NORCCAP-II og NordICC (internasjonal variant av NORCCAP-II)) og fokus på kvalitetsutvikling har ført til undertegnades deltakelse i etableringen av KKL (Kvalitetsutvikling, Kunnskapshåndtering og Ledelse) som integrert del av medisinerstudiet ved UiO fra høsten 2006. Poenget med å nevne alt dette er at lokal satsing på et tilsynelatende begrenset tema ved et av våre HFer kan generere ganske mye morsom forskning, særlig om man hele tiden har et blikk for samarbeid utover egen institusjon.

Tema: Forskning utenfor universitetssykehusene

Sørlandet Sykehus, Kristiansand: Forskning ved Kirurgisk avdeling

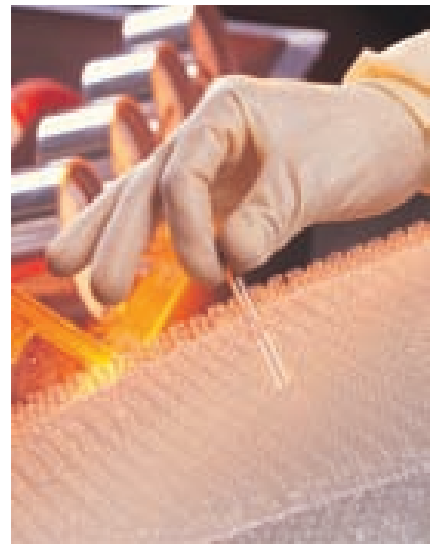
Av: Odd Mjåland, overlege, doktor med.

Fra 1.1.2007 ble overlege dr.med Odd Mjåland, ansatt i en 20 % Forsknings/veilederstilling ved Forskningsenheten Sørlandet Sykehus. Denne 20% - stillingen kommer på toppen av den ordinære arbeidsuke, og ordnes i praksis ved at 4 timer ukentlig settes av til forskning/veiledning i tillegg til én full ukedag hver annen uke. I tillegg til flere pågående kliniske arbeider som utgår delvis fra avdelingens løpende komplikasjonsregister, er hovedfokus per i dag:

1. Veiledning av dr.gradsarbeid til assistentlege Fredrik Halvorsen innen laparoskopiske simulatorer. Prosjektet vil validere bruk av simulatorer til opplæring og evaluering av tekniske ferdigheter innenfor laparoskopisk kirurgi. Foreløpig er det publisert én originalartikkel og en oversiktsartikkel. Det er samlet inn data til én originalartikkel og planlagt ytterligere to studier i løpet av de neste to årene.

2. Samarbeid med forskningsavdelingen ved Sintef-Helse angående blant annet brokk og galle-kirurgi.

3. Mangeårig samarbeid med Professor Ole Petter Clausen og seniorforsker Paula de Angelis ved Patologiklinikken Rikshospitalets-Radiumhospitalet HF. vedrørende genomiske abberasjoner ved colorectale svulster. Pågående doktorgradsprosjekt for lege og forskningsstipendiat Espen Burum-Auensen finansieres av Den Norske Kreftforening. Undertegnede er lokal prosjektansvarlig ved Sørlandet Sykehus. Per i dag er ingen av vår avdelings assistentleger knyttet til samarbeidet, men dørene står åpne.



Besøksadr: Arctandersgt. 1 N-0192 Oslo Tel: 23 30 49 20 Fax: 23 30 49 21
Postadr: Postboks 1502 Vika 0179
E-post: endotech@endo-tech.no Web: www.endo-tech.no

Leverandør av:

**Endoskopisk og laparoskopisk
utstyr og instrumentering**

Ålesund Sykehus: Forsking, kan det gjerast utanfor dei etablerte miljøa?

Av: Dag Arne Lihaug Hoff
Overlege / stipendiat

Ålesund Sjukehus med. avd Gastroenterologisk seksjon, Helse-Sunnmøre HF
Institutt for Indremedisin, UiB, Nasjonalt kompetansesenter for
Gastroenterologisk Ultralyd Haukeland Universitetssjukehus.

Svaret er sjølvsagt eit klårt JA, men viktige føresetnader må takast omsyn til. Eg vil skildre ein måte å gjennomføre eit doktorgradsprosjekt på;

I sluttfasen av subspecialisering på Gastroenterologisk seksjon, med. avd. Haukeland Universitetssjukehus, byrja eg - dels av eiga interesse og dels på oppfordring frå det etablerte miljøet - å vurdere om det var eit forskingsprosjekt eg kunne ta med meg til ein komande arbeidsstad. Etter diskusjon og ettertanke i miljøet kom vi fram til eit passende prosjekt (som dessutan vart endra til eit heilt anna prosjekt seinare).

Då eg starta prosessen med å søke jobb, hadde eg eit prosjekt med eit klårt mål eg kunne skissere for min komande arbeidsgjevar. Eg søkte stillinga med ynskje om uløna permisjon halve året i 5 år. Prosjektet vart skissert, interessa hjå arbeidsgjevar vart vekka og eg vart tilsett. Eg hadde eit ynskje om å kunne alternere mellom 3 mnd forskning og 3 mnd klinisk arbeid, og eg er no inne i mitt femte år på dette viset.

Personleg økonomi og sosiale avtaler må planleggast særskilt. Ein praktisk kompliserande faktor ville vere å ha to arbeidsgjevarar, men vi hamna på ei løysinga kor min kliniske arbeidsgjevar administrerer løns og trygdeutgifter uansett om eg forskar eller jobbar klinisk. Den forskingsmessige tida vert fakturert for forskingsstiftinga.

Doktorgradsprosjektet

Å utvikle ein modell basert på fleire individuelle undersøkings modalitetar sett saman til eit utstyr for å studere biomekanikk og mucosaperfusjon (*sirkulasjon*) i øsofagusveggen etter distensjon med ein bag hjå friske, og hjå pasientar med funksjonelle brystmerter.

Modalitetane er manometri, ultralydminiprobe (360°20MHz) og laser Doppler, samt distensjon med ein vassfylt bag og kontinuerleg registrering av smerterespons med ein elektronisk visuell analog skala frå 0-100 mm.

Målet er å kunne seie noko om kva for biomekaniske og sirkulasjonsmessige responsar ein får frå øsofagusveggen som svar på ein bag distensjon, hjå personar med funksjonelle brystmerter.

Korleis har dette gått (prosjektet er enno ikkje slutført!)?

Det har vorte mykje planlegging både av den forskingsmessige, den kliniske og den familie- relaterte delen. Eg nemner: reiseplanlegging, bustad i Bergen, kontinuitet i forskinga, kontinuitet i pasientrelasjonar, planlegging av poliklinikk, oppbygging av klinisk verksemd, fysisk vekke frå familien, samordning med kona sin jobb, oppfølging av born osv.

I praksis har dette medført morgon- og kveldsarbeid for kontinuitet i forskinga, og for kontakten til forskingsmiljøet er e-post, telefon, videokonferanse og korte besøk nytta i dei kliniske periodane.

Dette opnar for kontinuitet.

Modellen vi har nytta har synt seg å fungere både for familien, underteikna, forskingsmiljøet og den kliniske arbeidsgjevar. Engasjementet er sterkt hjå alle partar. Kva kan ein sitje att med? Personleg får ein akademisk kompetanse. Denne kan ein byggje vidare på, noko som er intensjonen både til forskingsgruppa og det kliniske miljøet. Lokal arbeidsgjevar får styrka sin akademiske kompetanse, det er etablert band til forskingsmiljø, og dette gjev rom for komande forskning i samhandling med store miljø.



□ Frå venstre Hoff, Ødegaard, Hatlebakk og Gregersen. I framgrunnen ein frisk frivillig person.

Viktige føresetnader:

- Struktur i høve til familien
- Godt planlagd prosjekt
- Evna til god organisering
- Sterk kontakt til eit etablert universitetsmiljø
- Rettleiar som er open for situasjonen
- Opne kort i høve til arbeidsgjevar og kollegaer
- Ordna økonomiske og sosiale forhold

Nexium®

esomeprazol



AstraZeneca 

AstraZeneca AS
Hoffsveien 70 B
Boks 200 Vinderen N-0319 OSLO
Tlf 21 00 64 00 Faks 21 00 64 01
www.astrazeneca.no

Lovisenberg Diakonale Sykehus: Tynntarmsfunksjon kan vurderes med pustepøver

Av: Stipendiat Håvar Blich Hope, Gastrolab,
Klinikk for medisin, Lovisenberg Diakonale Sykehus

Den nyetablert forskningsgruppe ved Lovisenberg Diakonale Sykehus har som mål å utvikle og etablere kliniske metoder for vurdering av tynntarms funksjon. Hovedfokus er på pustepøver med stabile isotoper.



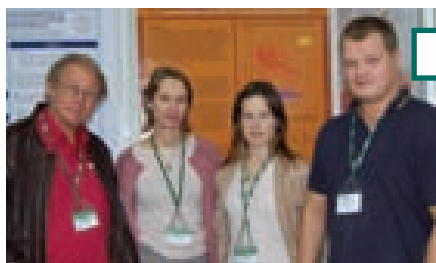
Lovisenberg Diakonale Sykehus

Lovisenberg Diakonale Sykehus er Norges største private, ikke-kommersielle sykehus. Det er lokalsykehus for flere bydeler i Oslo, med ca. 104 000 innbyggere, og med en del landsdekkende tilbud bl.a. innen elektiv kirurgi. Budsjet for 2007 er på ca. 1003 mill.kr., med 1128 årsverk (1600 ansatte), ca. 290 sengeplasser, inkludert 88 indremedisinske senger. Sykehusets forskningsstrategi prioriterer klinisk forskning med utgangspunkt i sykehusets pasientmateriale, og skal være målrettet i forhold til pasientbehandlingen. I tillegg til medisinske forskningsprosjekter har sykehuset doktorgradsprosjekter innen kirurgi, psykiatri og oralmedisin.

Gastroenterologisk forskning har vært utført ved Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) tidligere, med flere fullførte dr.grader. Etter en kunstpause er det nå igjen full aktivitet.

Forskningsgruppe ble opprettet av overlege dr.med.Viggo Skar, med Kari Tveito i stipendiatstilling fra høsten 2004. Fra 2006 ble gruppen utvidet med stipendiat Håvar Blich Hope og forskningskoordinator Mia Askedal.

Viggo Skar, har sin forskningsbakgrunn fra Ullevål Universitetssykehus. Han har lang erfaring med pustepøver med stabile isotoper, både innefor forskning og klinisk virksomhet, blant annet som daglig leder av Norske Pustepøver AS. Stipendiatene har bakgrunn fra indremedisin, og forskningskoordinator Mia Askedal er sykepleier med erfaring fra gastroenterologisk sengepost.



□ *Veileder overlege, dr.med.,
Viggo Skar, stipendiat Kari
Tveito, forskningskoordinator
Mia Askedal og stipendiat
Håvar Blich Hope.*

Økt forståelse av malabsorpsjonstilstander

Hovedfokus i vår forskning er på pustepøver med stabile isotoper ved tilstander med tynntarmsmalabsorpsjon. Målsetningen vår er å kunne bidra til økt forståelse av malabsorpsjonstilstander og kunne bidra til økte muligheter for vurdering av tynntarmsfunksjon i den kliniske hverdagen.

Kari Tveito har hatt fokus på cøliaki, vurdert ved ¹³C-xylose og ¹³C-sorbitol pustepøve, sammenlignet med morfologiske funn. Hun har også interessert seg for ekstra-intestinale endokrinologiske og psykiatriske tilstander ved cøliaki. Håvar Blich Hope har hittil hatt hovedfokus på tynntarmsmalabsorpsjon vurdert med ¹³C-xylose pustepøve ved kronisk alkoholisme. I forbindelse med gjennomførelse av denne protokollen har LDS gått til anskaffelse av Near Infrared Spectrometry (NIR) – en analysemaskin for fekal analyse av fett, nitrogen, væske, stivelse og sukker. Vi håper å kunne oppnå erfaring, samt få gjennomgått metodologiske problemstillinger ved NIR-analyse gjennom våre protokoller, slik

at vi kan tilby NIR-analyse som ett ledd i klinisk malabsorpsjonsutredning ved Gastrolab, LDS. Mia Askedal utfører mange av de praktiske oppgavene rundt utførelse av pustepøver, blodprøver, avføringsanalyser, NIR-analyse, pasientkontakt, samt generell koordineringsvirksomhet og oversikt.

Samarbeid og forankring

Vi har god formell støtte fra ledelsen ved sykehuset, og har tilknytning til Enheten for Forskning og Utvikling, med sjefslege Bjørn Holm som kontaktperson. Midler til stipendiatlønn er nå finansiert via stipendmidler fra Helse Øst, men lønnsmidler har vært garantert fra sykehuset mens lønnsmidler har blitt søkt ved ulike innstanser.

Sykehuset har fra starten av 2006 bidratt med lokaler til gruppen, som innbefatter kontorplass til stipendiater og forskningskoordinator, laboratorie og møterom. Viggo Skar har hele tiden vært en engasjert og inspirerende veileder, som strekker seg langt i forhold til oss stipendiater. Hans personlige innsats har betydd mye for det vi har fått til sammen.

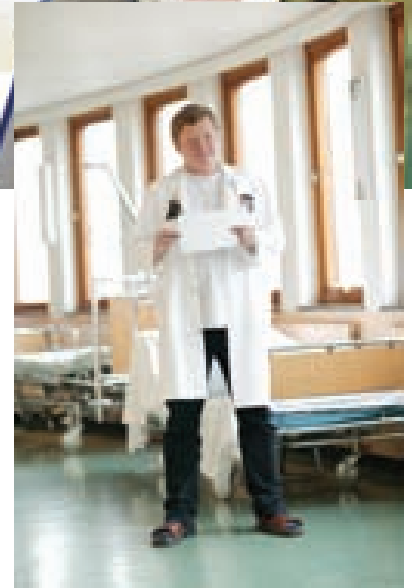
Samarbeid med øvrige helseforetak er etablert. Vi har laboratorieanalyser og patologi-vurderinger utført ved Rikshospitalet, Ullevål Universitetssykehus og Gades Institutt ved Haukeland Universitetssykehus, og det er planlagt inklusjons-samarbeid med Holstebro Sykehus, i Danmark. Vi har også formalisert kontakt, via biveiledere, med både Rikshospitalet og Akerhus Universitetssykehus, samt samarbeid med Norsk Institutt for Næringsmiddelforskning (Matforsk), ved Universitetet i Oslo, for utvikling av bruk av NIR-analyse.

Vi fungerer nå som et godt team i vår nyetablerte forskningsenhet ved Klinikk for Medisin ved LDS, og opplever oss som prioritert i forhold til sykehusets satsning på å styrke forskningsaktiviteten ved sykehuset.



□ *Pustepøve er en skånsom
undersøkelse for å vurdere
tynntarmsfunksjonen.*

□ Tema: Forskning utenfor universitetssykehusene



Forskningsprosjekt i Nord-Norge: "Bodø Helicobacter"

Prosjektleder: Cand. med. Ragnar K. Breckan, Seksjonsoverlege/amanuensis II
Hovedveileder: Professor Jon Florholmen, IKM, Universitetet i Tromsø
Veiledere: Førsteamanuensis Bjørn Straume, ISM, Universitetet i Tromsø
Overlege Eyvind Paulssen, Universitetet i Tromsø
Stipendiat Anne Mette Asfeldt, ISM, Universitetet i Tromsø

Hensikt

Vi ønsker å kartlegge forekomsten av *Helicobacter pylori* (HP) infeksjon i alle aldersgrupper i en nordnorsk bybefolkning, dens utbredelse, smitteveier og sykdomsutvikling i en tverrsnittundersøkelse og i en longitudinell undersøkelse.

Bakgrunn

Prevalensen i Nord-Norge er høy; ca. 20-30 % hos 20–30 – åringene, og enda høyere hos eldre. Imidlertid er det kun 15 % av de infiserte som faktisk får magesår i løpet av livet. *Helicobacter pylori* (Hp) har vært assosiert med kreft i magesekken, og WHO har klassifisert bakterien som et carcinogen i klasse 1. Denne avgjørelsen er omstridt. Smittemåter og –veier er utilfredsstillende kartlagt.

Vi planlegger å benytte en ny metode for påvisning av bakterien, nemlig påvisning av et bakterie-antigen i avføring. Denne testen har nå vist seg pålitelig, og vi kan dermed kartlegge Hp-forekomst hos barn og unge, hvilket aldri er gjort i så stort og grundig omfang tidligere.

Den longitudinelle delen tar sikte på å kartlegge sykdomsutvikling, smitteveier og -måter, som pr. idag er lite kjent. Vi vil benytte spørreskjema for å undersøke husdyrhold og private drikkevannskilder samt høyde, vekt og mageplager.

Mageplager er et hyppig problem i befolkningen. Prevalensen i Nord-Norge er undersøkt i "The Sørreisa Gastrointestinal Disorder Study" av Bernersen og medarbeidere i 1986-87, hvor 30 % av den mannlige og 24 % av den kvinnelige befolkningen ble funnet å ha "dyspepsi". Etter oppdagelsen av sammenhengen mellom magesår (peptisk sår) og infeksjon i magesekkslimhinnen med bakterien *Helicobacter pylori* (Hp) har man kanskje tillagt denne sammenhengen for stor betydning. Det er nå enighet om at Hp er en medvirkende, men ikke nødvendig faktor for peptisk sår.

Betydningen av Hp-infeksjon hos pasienter uten peptisk sår, med eller uten dyspeptiske plager, diskuteres fortsatt. Man har holdepunkt for at virulensfaktorer hos Hp divergerer fra en stamme til en annen, og at dette kan ha klinisk betydning. I tillegg til livsstil diskuteres det også hvorvidt immunologiske forhold hos verten kan forklare forskjeller i morbiditet hos Hp-infiserte.

En befolkningsundersøkelse av disse sammenhenger vil være et godt verktøy for å belyse disse forhold, da mesteparten av forskningen omkring Hp-infeksjon har konsentrert seg om voksne pasienter med dyspeptiske symptomer henvist til spesialisthelsetjenesten.

Resultater hittil

Av de vel 2000 inviterte personer i alle aldre fra 0 t.o.m. 79 år i bykjernen i Bodø kommune leverte over 500 avføringsprøver og spørreskjema. Prevalensen av Hp-infeksjon var overraskende lav hos barn under 12 år – kun 0,5 %. Hos voksne var prevalensen omtrent som den andre har funnet, og økende med alder.

Fra data i spørreskjemaet (delvis GSRS) har vi sett på sammenhengen mellom reflux, HP infeksjon og høy BMI, men ikke funnet noen klar sammenheng annet enn at HP infeksjon synes å være korrelert med en lavere prevalens av refluxsymptomer hos de med svært høy BMI. Vi kommer også til å undersøke korrelasjoner mellom husdyr og drikkevann og HP infeksjon, og vi samarbeider med et tilsvarende prosjekt i Sørreisa (stipendiat Anne Mette Asfeldt).

Forutsetninger for forskning ved Nordlandssykehuset

Takket være stipendmidler fra Helse Nord RHF, og også fra Nordlandssykehusets eget mer beskjedne forskningsfond, har jeg kunnet kjøpe inne reagenser og annet kostbart laboratorieutstyr, avlønnede innleid personale og til en viss grad frikjøp av meg selv. Jeg har fått god støtte fra sykehusledelsen med anledning til å forske én dag i uken – tid er som kjent den mest begrensende faktor for oss som forsøker å forske utenfor universitetsmiljøene. Jeg har fått god hjelp både med praktiske oppgaver og statistikk fra sykehusets forskningsseksjon, i tillegg til assistanse fra en statistiker ved Universitetet i Oslo som sykehuset har ansatt i deltidsstilling. Gode kolleger fra hele sykehuset har bidratt i mange sammenhenger, men jeg savner nok nærhet til det akademiske miljø – alle problemer kan ikke avklares raskt og greit med e-post.

□ Tema: Forskning utenfor universitetssykehusene

Sykehuset Asker og Bærum: Tenk forskning på lokalsykehuset!

Av: Jon Sponheim Ass. Lege i grenstilling i fordøyelses- sykdommer ved medisinsk avdeling, Sykehuset Asker og Bærum

Sykehuset Asker og Bærum har en egen uavhengig forskningsenhet med eget forskningsfond. Enheten har opparbeidet en betydelig kompetanse (godt organisert, frikjøp av erfarne forskningssykepleiere mv.) med en lang rekke studier, både egne prosjekter og som ledd i oppdragsforskning.

Fram til nå har prosjekter på trombose/atrieflimmer og diabetes dominert. Ved Helse Østs tildeling av forskningsmidler desember 2005 ble miljøet honorert med stipendmidler til to assistentleger ved medisinsk avdeling, innen hhv atrieflimmer og diabetes forskning. I tillegg er to doktorgradsavhandlinger planlagt levert i løpet av inneværende år.

Gastroenterologisk seksjon har fra høsten 2005 deltatt med inklusjon av pasienter til IBSEN II studien, som gjør en bred kartlegging av colittpasienter tidligst mulig etter symptomdebut. Medisinsk avdeling ved SABHF har fra høsten 2005 lagt til rette for at inntil to leger ved avdelingen kan benytte 50 % av arbeidstiden til forskning, som ledd i økt satsing på forskning ved foretaket.

Gjennom IBSEN II prosjektet har undertegnede knyttet et nært samarbeid med prof. Morten Vatn, AHUS, og Haraldsens gruppe ved Institutt for patologi ved



Universitetet i Oslo. Dette har resultert i et delprosjekt om endotelcelleaktiverting ved inflammatorisk tarmsykdom, som med midler fra Helse Øst nå lar seg realisere som et doktorgradsprosjekt.

Ved SABHF har man lyktes i å etablere en liten, men driftig forskningsenhet drevet av klinikere og forskningssykepleiere. Medisinsk avdeling har lagt til rette for rekruttering til forskning gjennom mulighet for tilpasset arbeidstid. Med kort vei til universitetsmiljøene i og utenfor Oslo, er forutsetningene gode for flere forskningsprosjekter ved foretaket i framtiden.

Olympus EndoCapsule



Overlegen bildekvalitet, automatisk lysintensitetskontroll (irisfunksjon), Real Time Viewer, 8 timers funksjonstid, overfører 2 bilder pr. sekund, automatisk strukturforbedring av bildet, kort avspillingstid og Red Button.



Format:
11x26mm



Lysfølsom, høyoppløslig CCD teknologi gir klare, skarpe og naturtro bilder selv under de mest krevende forhold. 6 LED gir klart synsfelt og stor dybdeskarphet.

For ytterligere informasjoner, vennligst kontakt
OLYMPUS NORGE AS. Tlf.: 23 00 50 50. E-post: adm@olympus.no



Stipendiat i Gastronett

Av: Birgitte Seip, stipendiat

Gastronett jobber med kvalitetssikring av koloskopivirksomhet. De fleste koloskopører i Norge kjenner til registrerings skjemaene fra Gastronett. De har fått oppsummeringer via e-mail på egne resultater og deltatt på samarbeidsmøter. Nettverket holder anonymitetsprinsippet høyt både når det gjelder identifisering av ulike sykehus og identifikasjon av skopører.

Som stipendiat er målsettingen å ha kontakt med skopørene og få tilbakemeldinger på om Gastronett fungerer hensiktsmessig. Det er viktig å få innspill fra deltagerne slik at entusiasmen ikke forsvinner. Prosjektet består derfor av to kvalitative studier basert på semi-strukturerte intervjuer med skopører knyttet til Gastronett i tillegg til en observasjonsstudie av gastrokopier. Det skal gjøres en randomisert kontrollert studie med sammenlikning av innsufflering av CO2 mot luft under gastroskopi. Den siste delen av studien vil være en epidemiologisk studie på data fra Kreftregisterets adenom database.

Da jeg hadde skrevet min første protokoll sa Geir Hoff "Det var kanskje ikke akkurat dette vi hadde tenkt" og hjalp til med å formulere gode og håndterbare problemstillinger. For å få til et prosjekt på et sentralsykehus er jeg helt avhengig av en god veileder og kontakt med et forskningsmiljø.

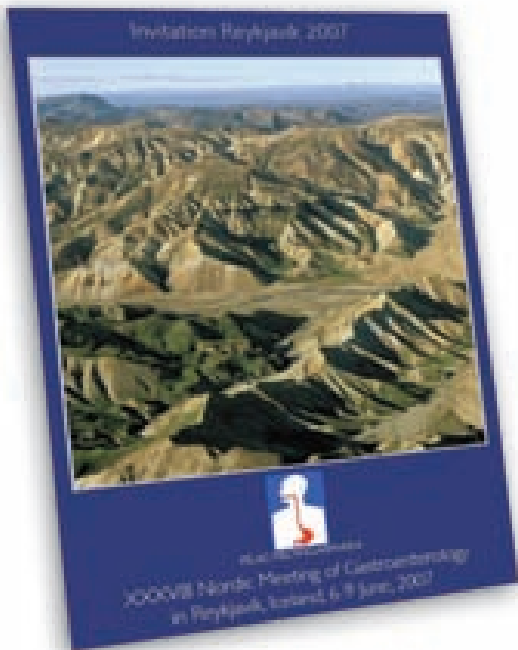
Medisinsk klinikk har det første året gitt meg en avtale med lønn tilsvarende full klinisk stilling. De eksterne midler som dekker stipendiatstillingen betales inn til klinikken. Denne avtalen innebærer at jeg går vakter, svarer på callinger i løpet av dagen, har telefontid for "mine egne" pasienter og vurderer henvisninger.

En 50 % stilling som stipendiat gjør det mulig å løfte hodet utover klinikken annen hver uke. I løpet av et halvt år ber jeg om 13 "forskningsuker" og 13 "klinikkuker". Fordelingen av disse tilpasses deretter gastroseksjonens øvrige planer. Ferie, kurs og avspasering fordeles likt på de to funksjonene.

Konklusjon

I en travel sykehushverdag er det nesten umulig å finne tid til å lage gode problemstillinger selv om en har både engasjement og lyst. For at en kliniker skal fristes inn i forskningen må det finnes en god veileder "nær deg". Du må ha en forståelsesfull leder og støtte i kollegiet slik at du unngår dårlig samvittighet når du "bare forsker". Dette var en rapport fra de første 6 månedene som forsker på et sentralsykehus – så får vi se hva de neste 48 bringer.

Félag sérfræðinga í meltingarsjúkdómum Iceland Society of Gastroenterology



Welcome to Iceland in
June 6-9, 2007 for the XXXVIII
Nordic Meeting of
Gastroenterology

Main topics:

- IBD
- IBS
- Cancer coli screening
- Hepatology

Important Dates

Deadline for abstract submission: April 1st, 2007
Notification of abstract acceptance: April 30th, 2007
Deadline for early registration: March 1st, 2007
Conference: June 6-9, 2007

Web-Site for further information, preliminary program
and registration:
<http://skraning.iii.is/gastro2007/>

Organizing Committee:

Sjöfn Kristjánsdóttir, President
Sigurjón Vilbergsson
Trausti Valdimarsson

Conferece Organizer:

Iceland Incentives Inc
Hamraborg 1-3
Iceland

Tel +354 554 1 400
Fax +354 554 1 472
e-mail: gastro2007@iii.is
www.iii.is

^CPentasa® "Ferring A/S"

^CPentasa® Sachet "Ferring A/S"

Antiinflammatorisk middel, ATC-nr.: A07E C02

T DEPOTTABLETTER 500 mg: Pentasa: Hver depottablett inneh.: Mesalazin. 500 mg, const. q.s.

T REKTALVÆSKE, suspensjon 1 g: Pentasa: 100 ml inneh.: Mesalazin. 1 g, natr. metabisulfis (E 223), natr. acet.trihydr. (E 262), dinatr.edet. q.s., acid.hydrochloric. ad pH 4,8 et aqua purif.

T STIKKPILLER 1 g: Pentasa: Hver stikkpille inneh.: Mesalazin. 1 g, magn.stear., talc., povidon. et macrogol. 6000 q.s.

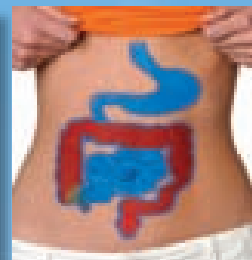
T DEPOTGRANULAT 1 g: Pentasa Sachet: Hver dosepose inneh.: Mesalazin. 1 g, const. q.s.

Indikasjoner: Depottabletter og depotgranulat: Ulceros kolitt og Morbus Crohn hos pasienter som ikke tåler eller av andre grunner ikke kan bruke sulfasalazin. Rektalvæske: Ulceros proktosigmoiditt hos pasienter som ikke tåler eller av andre grunner ikke kan bruke sulfasalazin. Stikkpiller: Aktiv ulceros proktitt. **Dosering:** Depottabletter og depotgranulat: Individuell dosering. Voksne: Opptil 4 g daglig fordelt på flere doser. Barn: Forsøksvis 20-30 mg/kg kroppsvekt daglig fordelt på flere doser. Bør ikke gis til barn <2 år. Depotgranulatet må ikke tygges. Depottablettene bør svelges hele. De kan deles, men må ikke tygges. Rektalvæske: Voksne: Normaldosering: 1 klyster hver kveld før sengetid i 2-4 uker. Stikkpiller: Voksne: 1 stikkpille 1 gang daglig. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene og salisylater. Alvorlig nedsatt nyre- eller leverfunksjon. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet bør utvises hos pasienter med nedsatt leverfunksjon. Nyrefunksjonen bør kontrolleres regelmessig, spesielt i starten av behandlingen. Preparatet må gis med forsiktighet til pasienter som er overomfintlige for sulfasalazin. Ved mistanke om eller påviste tilfeller av mesalazin-indusert myo- og perikarditt eller alvorlig bloddysskrami bør behandlingen avbrytes. **Interaksjoner:** Samtidig bruk av andre nefrotoksiske legemidler kan øke risikoen for nyrekomplikasjoner. Hos pasienter som får azatioprin eller 6-merkaptopurin, kan samtidig behandling med mesalazin øke risikoen for bloddysskrami. **Graviditet/Amning:** Forsiktighet bør utvises. Bør kun brukes i samråd med lege etter nøye vurdering av fordeler/ulempere. **Overgang i placenta:** Passerer. Teratogen effekt er ikke observert i dyrestudier. **Blodsykdommer** (leukopeni, trombocytopeni, anemi) er sett hos nyfødte barn av mødre som har brukt mesalazin. **Overgang i morsmelk:** Går over. Mesalazin-konsentrasjonen i morsmelk er lavere enn i morens plasma, mens konsentrasjonen av metabolitten acetylmisalazin forekommer i samme eller høyere konsentrasjon. Begrenset erfaring. **Overfølsomhetsreaksjoner** som diaré hos spedbarn, er rapportert og kan ikke utelukkes. **Bivirkninger:** Mest vanlig er gastrointestinale forstyrrelser, hodepine og hudreaksjoner. **Overfølsomhetsreaksjoner** og legemiddelindusert feber sees av og til. Etter rektal administrering kan lokale reaksjoner som pruritus, rektalt ubehag og avføringstrang forekomme. **Hypypige (>1/100):** Gastrointestinale: Diaré, kvalme, oppkast og abdominale smerter. Hud: Utslett (inkl. urticaria, eksantem). Neurologiske: Hodepine. **Sjeldne (<1/1000):** Blod: Leukopeni, trombocytopeni, anemi, aplastisk anemi, eosinofili, agranulocytose, pancytopeni. Gastrointestinale: Forhøyet amylasenivå, pankreatitt. Hud: Reversibel alopeci, lupus erythematosuslignende reaksjoner. Lever: Forhøyet leverenzym- og bilirubinivåer, hepatotoksitet (inkl. hepatitt, cirrhose, leversvikt). Luftveier: Allergiske lungereaksjoner (inkl. dyspné, hoste, allergisk alveolitt, pulmonær eosinofili, pulmonær infiltrasjon, pneumonitt). Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, artralgi. Neurologiske: Perifer neuropati. Sirkulatoriske: Myokarditt, perikarditt. Urogenitale: Unormal nyrefunksjon (inkl. interstitiell nefritt, nefrotisk syndrom), misfarget urin. Flere av disse bivirkningene kan også være et ledd i den inflammatoriske tarmsykdommen. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Mesalazin (5-aminoalisylsyre) til behandling av inflammatorisk tarmsykdom. **Virkningsmekanisme:** Ikke fullstendig klarlagt, men mesalazin antas å virke lokalt på tarmmucosa. Substansen hemmer leukocytokjemotakse og nedsetter dannelsen av cytokiner, leukotriener og frie radikaler. **Absorpsjon:** Depottabletter og depotgranulat: Ca. 30-50%. Absorberes hovedsakelig i tynntarmen. Reduseres ved samtidig matinntak. Rektalvæske: Ca. 15-20%. Stikkpiller: Ca. 10%. **Proteinbinding:** Mesalazin: Ca. 50%. Acetyliert metabolitt: Ca. 80%. **Fordeling:** Depottabletter og depotgranulat frigjør virkestoffet kontinuerlig i løpet av passasjen gjennom tarmkanalen, uavhengig av pH-forhold og matinntak. Rektalvæsken frigjør virkestoff i distale deler av tarmen, til og med colon descendens. Stikk-pillene frigjør virkestoff i rektum. **Halveringstid:** Depottabletter og depotgranulat: Mesalazin: Ca. 40 minutter. Acetyliert metabolitt: Ca. 70 minutter. «Steady state» nås etter 5 dager. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Depottabletter og depotgranulat: Maks. plasmakonsentrasjon nås etter 1-4 timer. Ikke detekterbar etter 12 timer. Acetyliert metabolitt har tilsvarende kurve, men høyere konsentrasjon og langsommere eliminasjon. **Metabolisme:** Acetyliering i tarmslimhinnen og i lever samt til en viss grad via tarmbakterier. **Utskillelse:** I urin og fæces. I urin hovedsakelig som acetylmisalazin. **Pakninger og priser pr. 01.07.2006:** **Pentasa: Depottabletter:** Enpac: 100 stk. kr 374,50, 3 x 100 stk. kr 1054,60, **Rektalvæske:** 7 x 100 ml kr 298,30, **Stikkpiller:** 28 stk. kr 536,40, **Pentasa Sachet: Depotgranulat:** 3 x 50 doser kr 1297,90.

T: 4b).
For fullstendig informasjon, se godkjent preparatomtale.



PENTASA-sortimentet tilbyr ulike kombinasjonsmuligheter for individualisert behandling.



Ved mild til moderat UC

 **Pentasa®**
mesalazin
Partners in remission

FERRING
PHARMACEUTICALS

MEDICINE ON THE BODY'S OWN TERMS

Basalkurs i gastro-intestinal endoskopi

Tid: 10. og 11. oktober 2007

Godkjenninger: Kurset er godkjent med 18 timer til spesialitetene fordøyelses-sykdommer og gastroenterologisk kirurgi.

Målgruppe: Leger som ønsker å lære seg gastrointestinal endoskopi.

Læringsmål: Gi deltakerne gode basiskunnskaper i gastroskopi og koloskopi.

Kursprogram: Tre dager; 12t teori, og 6t trening på endoskopisimulator. Den praktiske delen vil gjennomføres separat fra den teoretiske delen.

Kurssted: Ullevål universitetssykehus, auditorium i radiologisk avdeling.

Kurskomité: Thomas de Lange (kursleder) Medisinsk avdeling, sykehuset Asker og Bærum HF, Truls Hauge, Gastromedisinsk avdeling, Ullevål universitetssykehus, Lars Aabakken Medisinsk avdeling, Rikshospitalet, og Gjermund Johnsen kirurgisk avdeling, St. Olavs Hospital

Påmelding E-post: koordinatorkontoret.oslo@legeforeningen.no

Påmeldingsfrist: 01. september 2007

Kursavgift: 2.200,- kr

Kurslitteratur: Gastrointestinal endoskopi 3. utgave 1997 SADE



Program:

Onsdag 10. oktober kl 10.00

10.00-10.15 Velkommen og Innledning
10.15-11.00 Fleksibelt gastrointestinalt endoskop
v/Ingeniør Øystein Berg

11.00-11.15 Pause

11.15-11.45 Pasientinformasjon før en endoskopi
v/seksjonsoverlege Lars Aabakken
Medisinskavdeling Rikshospitalet

11.45-12.45 Lunsj

12.45-13.45 Teknisk gjennomføring av en endoskopi

13.45-14.00 Pause

14.00.-16.00 Videodemonstrasjoner
v/Thomas de Lange, Truls Hauge, Lars Aabakken og
Overlege Gjermund Johnsen Kirurgisk avdeling
St Olavs Hospital Trondheim

Torsdag 11. oktober kl 09.00

09.00-09.30 Klassifisering av endoskopifunn
v/overlege Gjermund Johnsen
09.30-10.00 Dokumentasjon av den endoskopiske undersøkelsen
overlege Thomas de Lange

10.00-10.15 Pause

10.15-10.45 Det gastroenterologiske laboratoriet
v/Truls Hauge
10.45-11.15 Biopsiering
v/lege dr med Knut Lundin Rikshospitalet
11.15-11.45 Termiske metoder
v/Øystein Berg og Thomas de Lange

11.45-12.30 Lunsj

12.30-14.30 Videodemonstrasjoner
v/Thomas de Lange, Truls Hauge, Lars Aabakken og
Overlege Gjermund Johnsen

14.30-14.45 Pause

14.45-15.45 Premedikasjon og overvåkning av pasienten
v/Truls Hauge

- i. Rutineundersøkelser
- ii. Kritisk syke pasienter

6 timers gruppeundervisning på simulator

Simulator treningen vil foregå separat fra det teoretiske kurset. Deltagerne kan velge mellom å komme til Trondheim eller Oslo for å få den praktiske undervisningen.



Endoskopi symposium

Fredag 20. april 2007
SAS hotellet Holbergs plass, Oslo
KI 08.30 – 16.00

Dedikert til professor Magne Osnes 70-årsdag

8.30 – 8.40 Velkommen og introduksjon, Truls Hauge, UUS

Møteledere: Peter Rolny, Gøteborg og Lars Aabakken, RH/Oslo
8.40 – 9.55 Live endoskopi fra Gastrolab, UUS.

9.55 – 10.15 Kaffepause

Møteledere: Sven Adamsen, København og Ole Christian Lunde, AUS/Oslo
10.15 – 12.00 Live endoskopi fra Gastrolab, UUS.

12.00 – 12.45 Lunsj

Møteledere: Truls Hauge og Bjørn Hofstad, UUS
12.45 – 13.15 Future perspectives in GI endoscopy.
Nib Soehendra, Hamburg.

13.15 – 13.45 EMR and ESD in GI premalignancies and tumours.
Hironori Yamamoto, Tokyo

13.45 – 14.15 Coffee

Møteledere: Lars Aabakken, RH og Ola Reiertsen, AHUS
14.15 – 14.45 Endoscopic ultrasound (EUS) - focus on pancreas.
Colin McKay, Glasgow

14.45 - 15.15 GI stenting. KE Grund, Tübingen

15.15 – 15.35 Presentasjon av prosjekter. Lene Larssen, UUS

15.35 – 15.50 Spørsmål, oppsummering og neste symposium.
Ole Chr Lunde, Ola Reiertsen, Lars Aabakken og
Truls Hauge

Internasjonalt fakultet: Hironori Yamamoto, Tokyo, Nib Soehendra, Hamburg, Colin McKay, Glasgow, Karl E Grund, Tübingen, Peter Rolny, Gøteborg, Sven Adamsen, København

Arrangør: Gastromedisinsk avdeling, Ullevål Universitetssykehus, Oslo
Endoskopiske Forum

Påmelding innen 15. mars til marit.knudsen@medisin.uio.no
Deltakeravgift kr 1.000 dekker lunsj og kaffepauser på SAS hotellet

5 Forskningsstipender deles ut i 2007

Det utlyses 5 stipender til forskning i dette nummeret. Se statutter for det enkelte stipend under. Fire av stipendene deles ut av firmaer. Disse stipendene søkes via NGF. Søknadsfrist for samtlige er 15. mai 2007.

Søknadsskjema lastes ned fra NGFs hjemmeside. Søknaden m/vedlegg sendes elektronisk som pdf fil (evt Word-vedlegg) til overlege dr. med. Knut E. A. Lundin knut.lundin@rikshospitalet.no / k.e.a.lundin@medisin.uio.no. Søknader som er ufullstendige, mangler angitte vedlegg eller innsendt etter fristen behandles ikke. Søknadsfrist for det enkelte stipend angis på NGF's nettside. Søknad til stipendiet fra Cøliakforeningen søkes direkte fra foreningen se adresser under.

Olympus reisestipend for norsk gastroenterologisk forening

VEDTEKTER

§ 1

Stipendet stilles til disposisjon av Olympus Norway Medical.
For 2007 utgjør stipendiet kr. 15.000 som fordeles på en eller flere søkere.

§ 2

Norsk gastroenterologisk forening foretar utlysning og tildeling av stipendiet. Komiteens beslutning kan ikke påankes. Det skal føres møteprotokoll ved møtene.

§ 3

Stipendet er tiltenkt spesialister i gastroenterologi eller leger som er i ferd med å spesialisere seg og har til hensikt å arbeide innenfor klinisk gastroenterologi.

§ 4

Stipendet skal brukes til støtte til reise til faglige møter og kongresser i gastroenterologi hvor arbeider skal presenteres eller reisevirksomhet innenfor forsknings-samarbeide.

§ 5

Skriftlig søknad formuleres på NGFs søknadsskjema for "Reise-/forskningsstipend for NGF-medlemmer".

§ 6

Kunngjøring av hvem som er tildelt stipend finner sted under årsmøtet for NGF, i NGF-Nytt og på NGF sin hjemmeside.

§ 7

Disse vedtektene kan endres etter godkjenning fra Olympus Norge.

SOMAC[®] (PANTOPRAZOL) FORETRUKKET PROTONPUMPEHEMMER FRA 1. FEBRUAR 2007

Nye refusjonsvilkår for § 9 punkt 41b

Ved oppstart av behandling skal lansoprazol, omeprazol eller pantoprazol prøves først.

Forskrivning av andre syrepumpehemmende midler kan bare initieres når minst ett av følgende vilkår er oppfylt:

- optimalisert behandling med enten lansoprazol, omeprazol eller pantoprazol er forsøkt i 4 uker uten tilfredsstillende resultat.
- andre tungtveiende medisinske grunner tilsier at verken lansoprazol, omeprazol eller pantoprazol kan benyttes.

Årsaken skal dokumenteres i journalen.

Overgangsordning:

Alle pasienter som bruker andre syrepumpehemmende midler skal, ved første fornying av resept, bytte til enten lansoprazol, omeprazol eller pantoprazol. Unntatt fra dette er pasienter der det kan dokumenteres at kravene spesifisert for bruk av andre syrepumpehemmende midler allerede er oppfylt.

Somac[®] er effektiv ved reflukssykdom

- 89% av pasientene er kvitt halsbrann, dysfagi og sure oppstøt etter 10 uker¹
- 95% endoskopisk bekreftet tilheling av GØRS-lesjoner etter 10 uker¹
- lavt interaksjonspotensiale²
- 20 og 40 mg tablett og 40 mg pulver til injeksjon³

Referanser:

1: Gillissen et al, 40 mg Pantoprazole and 40 mg Esomeprazole Are Equivalent in the Healing of Esophageal Lesions and Relief From Gastrophageal Reflux Disease related Symptoms. J Clin Gastroenterol 2004; 38: 332-340.

2: Blume et al, Pharmacokinetic Drug Interaction Profiles of Proton Pump Inhibitors, Drug Safety 2006; 29 (9): 769-784.2003: Vol. 98, No.12

3: Produktomtalen



Partner for bedre helse™

SOMAC[®]
PANTOPRAZOL



Norsk forskningsstipend innen gastroenterologi 2007. Roche Norge AS

VEDTEKTER

§ 1

Stipendet stilles til disposisjon av Roche Norge AS.
For 2007 utgjør stipendiet kr. 25.000 som fordeles på en eller flere søkere.

§ 2

Norsk gastroenterologisk forening foretar utlysning og tildeling av stipendet.
Komiteens beslutning kan ikke påankes. Det skal føres møteprotokoll ved møtene.

§ 3

Stipendet er tiltenkt spesialister i gastroenterologi eller leger som er i ferd med å spesialisere seg og har til hensikt å arbeide innenfor klinisk gastroenterologi.

Stipendet skal brukes til å finansiere et forskningsprosjekt innen kroniske lever-sykdommer, klinisk eller basalt.

Skriftlig søknad skal inneholde curriculum vitae, beskrivelse av prosjektet, finansieringsplan, fremdriftsplan og anbefaling fra prosjektansvarlig.

§ 4

Stipendmidlene må være brukt innen ett år etter tildelingen ellers går beløpet tilbake til giveren.

§ 5

Etter at prosjektet er gjennomført skal skriftlig redegjørelse sendes stipend-komiteén og Roche Norge AS innen et år. Det henstilles til søkeren om å arbeide for å presentere prosjektet og resultater som foreligger i egnede media, det være seg nasjonale/internasjonale møter eller tidsskrifter.

§ 6

Kunngjøring av hvem som er tildelt stipend finner sted under årsmøtet for NGF, i NGF-Nytt og på NGF sin hjemmeside..

§ 7

Disse vedtektene kan endres etter godkjenning fra Roche Norge AS.

Forskningsstipend 2007

Om Forskningsfondet for cøliaki

Forskningsfondet for Cøliaki ble stiftet med det formål å fremme forskning innen medisinsk, ernæringsmessig eller sosial sektor. Forskningsfondet er opprettet ved hjelp av innsamlede midler og gaver i 1979. Fondet har eget styre som foretar utdeling av stipend en gang i året.

Midler 2007

For 2007 er det vedtatt at det kan deles ut inntil kr 100.000. Forskingen må særlig rette seg mot medisinske, ernæringsmessige eller sosiale sider ved diagnosen cøliaki. Søknaden må være skriftlig og begrunnet, og vedkommende som får stipendet må kunne avgi rapport om bruk av pengene.

Henvendelse

NCFs kontor er sekretariat for fondets styre. Ta kontakt med oss hvis du kan tenke deg å gjennomføre et forskningsprosjekt på dette området, eller send søknad direkte til:

Forskningsfondet for cøliaki
Postboks 4725 Nydalen
0421 Oslo

Telefon: 22 79 91 70
Fax: 22 79 93 95
E-post: post@ncf.no





Norsk forskningsstipend innen gastroenterologi 2007. Novartis Norge AS

VEDTEKTER

§ 1

Stipendet stilles til disposisjon av Novartis Norge AS. For 2007 utgjør stipendet kr. 50.000 som fordeles på en eller flere søkere.

§ 2

Norsk gastroenterologisk forening foretar utlysning og tildeling av stipendet. Komiteens beslutning kan ikke påankes. Det skal føres møteprotokoll ved møtene.

§ 3

Stipendet er tiltenkt spesialister i gastroenterologi eller leger som er i ferd med å spesialisere seg og har til hensikt å arbeide innenfor klinisk gastroenterologi.

Stipendet skal brukes til å finansiere et forskningsprosjekt innen neuroendokrine tumorer, klinisk eller basalt.

Skriftlig søknad skal inneholde curriculum vitae, beskrivelse av prosjektet, finansieringsplan, fremdriftsplan og anbefaling fra søkers overordnede.

§ 4

Stipendmidlene må være brukt innen ett år etter tildelingen ellers går beløpet tilbake til giveren.

§ 5

Etter at prosjektet er gjennomført skal skriftlig redegjørelse sendes stipendkomiteén og Novartis Norge AS innen et år. Det henstilles til søkeren om å arbeide for å presentere prosjektet og resultater som foreligger i egnede media, det være seg nasjonale/internasjonale møter eller tidsskrifter.

§ 6

Kunngjøring av hvem som er tildelt stipend finner sted under årsmøtet for NGF.

§ 7

Disse vedtektene kan endres etter godkjenning fra Novartis Norge AS.

Solvay's gastro-stipend

Statutter for Solvay Pharma AS
- Stipend innen eksokrin pankreatologi

I. En sum settes årlig til disposisjon av Solvay Pharma AS. For år 2007 utgjør denne summen NOK 20.000,-. Det er Norsk gastroenterologisk forening (NGF) som foretar utlysning av stipendet.

II. Stipendet er tiltenkt spesialister innen fordøyelsessykdommer eller gastroenterologisk kirurgi, leger som er under en slik utdanning, eller leger som hovedsakelig arbeider med klinisk gastroenterologi. Stipendet skal anvendes til finansiering av forskning primært innen eksokrin pankreatologi, klinisk eller basalt.

III. En komité bestående av 3 leger fra spesialitetene fordøyelsessykdommer og gastroenterologisk kirurgi oppnevnt av styret i NGF skal vurdere søknader til stipendet. Solvay Pharma AS står for kunngjøringen.

IV. Skriftlig søknad skal inneholde curriculum vitae, beskrivelse av prosjektet, finansieringsplan, fremdriftsplan og anbefaling fra søkers overordnede.

V. Komiteens beslutning kan ikke påankes. Komiteen kommer sammen en gang pr. år for å utpeke stipendiat(er). Protokoll skal føres ved møtet.

VI. Stipendet skal være anvendt innen utgangen av år 2007, ellers går beløpet tilbake til giveren.

VII. En skriftlig redegjørelse skal sendes stipendkomiteen og Solvay Pharma AS innen et år.

VIII. Under årsmøtet til NGF skal det kunngjøres hvem som er tildelt stipendet.

IX. Etter godkjenning fra Solvay Pharma AS kan vedtektene endres.



Doktorgrader: 01.12.06 -28.02.07 Oslo

Biolog Cand.scient. Inger Kristin Larsen ved Kreftegristret, Det norske Radiumhospital forsvarte den 12. januar 2007 sin avhandling for graden ph.d. Colorectal Cancer Screening By Flexible Sigmoidoscopy: Acceptance of screening, risk factors for neoplasia, and impact of screening on future health behaviour.



Hovedkonklusjonen i avhandlingen er at screeningdeltakelse kan ha en uheldig innvirkning på fremtidig livsstil fordi en bekreftelse på at man er frisk og har lav risiko for å få en bestemt alvorlig sykdom, kan redusere motivasjonen til å opprettholde eller tilstrebe en sunn livsstil.

Livsstilsendringer

I avhandling sammenligner hun livsstilsendringer hos personer som er invitert til, eller har deltatt i, en screeningundersøkelse for tarmkreft med endringer i en kontrollgruppe over en periode på 3 år. Tidligere studier har ikke funnet negative livsstilseffekter som følge av screeningdeltakelse, men uten å se på endringer over tid i den generelle befolkningen er det umulig å kartlegge dette. I studien, hvor 7060 personer har inngått, var det en reduksjon i andelen av røykere i screeninggruppen. Da disse dataene ble sammenlignet med endringer i kontrollgruppen, ble det avdekket at screeninggruppen ikke hadde like stor reduksjon som kontrollgruppen. Det samme ble funnet for fysisk aktivitet.

Screening-nyttig verktøy

Screeninggruppen hadde uforandret fysisk aktivitet, mens kontrollgruppen hadde en betydelig økt aktivitet. Screeninggruppen reduserte også inntaket av frukt og grønt, og hadde en større vektøkning enn kontrollgruppen. Endringene er små, og det er usikkert hvilken betydning disse vil ha på en fremtidig risiko for livsstilsykdommer. Funnene kan ha betydning for utforming av nasjonale screeningprogram. Larsen har også funnet at tilbakemeldinger fra deltakere i screening er et nyttig verktøy for å forbedre standarden ved endoskopisentre, blant annet for å forbedre endoskopørens evne til å utføre smertefrie undersøkelser.



NYHET!

GLYPRESSIN[®]

terlipressin

- Kontrollerer blødninger hurtig¹
- Enkel å bruke i akuttmottak
- Få bivirkninger³

GLYPRESSIN – Redder liv ved akutt variceblødning²

© GLYPRESSIN «Ferring Legemidler AS»
Vasopressinprekursor. ATC-nr.: H01B A04

PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 1 mg: Hvert sett inneholder: I) Hetteglass: Terlipressinacetat 1 mg tilsv. terlipressin 0,86 mg, mannitol 10 mg, saltsyre. II) Ampulle: Natriumklorid 45 mg, saltsyre, vann til injeksjonsvæsker til 5 ml. **Indikasjoner:** Blødende øsofagusvaricer. **Dosering:** Voksne: Innledende i.v. injeksjon 2 mg hver 4. time. Behandling bør opprettholdes inntil blødningen har vært under kontroll i 24 timer, dog maks. 48 timer. Hos pasienter med kroppsvekt <50 kg eller ved forekomst av bivirkninger kan påfølgende doser reduseres til 1 mg i.v. hver 4. time. **Kontraindikasjoner:** Graviditet. Septisk sjokk. Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Blodtrykk, hjertefrekvens og væskebalanse skal kontrolleres under behandling. Injeksjonen settes i.v. for å unngå lokal nekrose på injeksjonsstedet. Barn og eldre og pasienter med hypertensjon eller kjent hjertesykdom bør behandles med forsiktighet. **Interaksjoner:** Terlipressin øker den hypotensive effekten av ikke-selektive betablokkere på portvenen. Samtidig behandling med legemidler som er kjent for å induisere bradykardi (f.eks. propofol, sufentanil), kan nedsette hjertefrekvens og minuttvolum. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Se Kontraindikasjoner. Overgang i morsmelk: Ufullstendig informasjon. Bor ikke brukes under amning. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Abdominale smerter, kvalme, diaré. Neurologiske: Hodepine. Sirkulatoriske: Økt blodtrykk, vasokonstriktive effekter som blekhet, cyanose og perifer ischæmi. Mindre hyppige: Sirkulatoriske: Bradykardi. Sjeldne (<1/1000): Luftveier: Dyspné. Sirkulatoriske: Myokardischæmi og -infarkt, venstre ventrikkelvikt. Øvrige: Nekrose på injeksjonsstedet. Terlipressins antidiuretiske effekt kan føre til hyponatremi dersom væskebalansen ikke kontrolleres. **Overdosering/Forgiftning:** Anbefalt dose bør ikke overskrides da risikoen for alvorlige sirkulatoriske bivirkninger er doseavhengig. Forhøyet blodtrykk hos pasienter med kjent hypertensjon kan kontrolleres med 150 µg klonidin i.v. Behandlingskrevende bradykardi bør behandles med atropin. **Egenskaper:** Klassifisering: Vasopressinprekursor. Virkningsmekanisme: Doser 2 mg og 1 mg reduserer effektivt det venøse trykket i portvenen og gir uttalt vasokonstriksjon. Senkningen av portatrykket og blodgjennomstrømmingen i vena azygos er doseavhengig. Effekten av 1 mg begynner å avta etter 3 timer, og 2 mg er vist å være mer effektivt da denne dosen gir en mer pålitelig effekt under hele behandlingstiden. Fordeling: Farmakokinetikken følger 2-kompartimentmodell. Distribusjonsvolum er ca. 0,5 liter/kg. Halveringstid: Ca. 40 minutter. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Ønsket plasmakonsentrasjon av lysinvasopressin nås initialt etter ca. 30 minutter og maks. verdi nås etter 60-120 minutter. Metabolisme: Terlipressin har initialt en egen effekt, men konverteres via enzymatisk spalting til lysinvasopressin. Utskillelse: Metabolsk clearance er ca. 9 ml/kg/minutt. Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares beskyttet mot lys. Brukes umiddelbart etter rekonstitusjon. Andre opplysninger: Oppløsningen tilberedes ved å tilsette den medfølgende oppløsningsvæsken (II) til pulveret (I). Brukes umiddelbart. Klar oppløsning skal kun injiseres i.v. **Pakninger og priser per 09.01.2006:** 5 sett, kr 1958,20.

Ref.: 1) Söderlund C et al, Scand J Gastroenterology, 1990; 25:622-630. 2) Ioannou G, Doust J, Rockey DC, The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003;(1):CD002147. 3) Feu F et al, Treatments in Hepatology, Eds Arroyo V, Bosch J and Rodés J, Masson SA, 1995; 9-22.

FERRING
PHARMACEUTICALS

MEDICINE ON THE BODY'S OWN TERMS



Nytt fra cøliakiforeningen

Av: Tone Wold, daglig leder

Forskning viser at 1 av 100 har cøliaki. Dessverre er tilstanden underdiagnostisert. Det er vår største utfordring. Vi oppfordrer leserne til å bistå oss med å informere andre leger om hyppighet og symptomer.

Cøliaki er en livslang sykdom som kan bryte ut i alle aldre. Ubehandlet cøliaki kan være svært plagsomt, men de fleste vil bli symptomfrie med glutenfritt kosthold.

Glutenfritt kosthold medfører en forholdsvis stor omlegging av kostholdet, derfor anbefales det på det sterkeste at det gis en grundig innføring i kostholdet før omlegging skjer. Da blir ikke overgangen så vanskelig. Med dagens muligheter og utvalg, er det ikke lenger noe problem å lage velsmakende glutenfri mat.

Norsk Cøliakiforening (NCF) er en interesseorganisasjon for personer med cøliaki samt andre som av helsemessige årsaker spiser glutenfri kost. Foreningen har nå i overkant av 8.000 medlemmer, og har fylkeslag/lokallag i alle fylker. En viktig oppgave foreningen har er å kontakte nydiagnostiserte medlemmer og bistå med praktiske råd og informasjon.



"Cøliaki behandles med glutenfritt kosthold. Med dagens muligheter smaker glutenfri kost like godt som annen mat. Her ser du vellykket glutenfri bakst." Foto: Tone Wold

Foreningen har helt siden oppstarten hatt et svært godt samarbeid med cøliakispesialister og har et aktivt Fagråd som består av leger og ernæringsfysiologer. Fagrådet har utarbeidet egne retningslinjer om diagnosen. Disse finner du på www.ncf.no sammen med annen aktuell informasjon.

Vi tror at grunnen til at så mange er udiagnostisert først og fremst er at symptomene ikke er godt nok kjent blant primærlegene. Det er slett ikke alle med uoppdaget cøliaki som har mageproblemer, og langt fra alle har vekttap. Like vanlig som mageproblemer er uvanlig tretthet, dårlig vekst hos barn, leddsmerter, beinskjørhet, konsentrasjonsvansker og kronisk jern- og vitaminmangel.

Alle som har "diffuse" plager over lang tid og utredes for en rekke sykdommer, bør også utredes for cøliaki. Vi er takknemlig for all mulig hjelp til å bidra til at leger får mer kunnskap om hvor vanlig cøliaki er og oppdatert kunnskap om symptomer.

C TachoSil «Nycomed Pharma» Lokalt hemostatikum. ATC-nr.: B02B C

MEDISINERT SVAMP: Hver medisineret svamp inneholder 0,25 mg humant trombin 2,0 IE, equin kollagen, humant albumin, riboflavin (E 101), natriumklorid, natriumsulfat, L-argininhydroklorid.

Indikasjoner: TachoSil er indisert som støttebehandling ved kirurgiske inngrep for å bedre hemostasen der standardteknikker ikke er tilstrekkelige. Effekt er bare vist ved leverkirurgi.

Dosering: Kun til lokalt bruk. Skal bare brukes av erfarne kirurger. Det er utstillende informasjon om bruk til barn. Antall TachoSil som anvendes bør alltid være i samsvar med det underliggende kliniske behov, relatert til størrelsen på sårflaten og må vurderes individuelt av den behandlerende kirurg. I kliniske studier har valg av dosering vanligvis variert mellom 1-3 svamper (9,5 cm x 4,8 cm), men bruk av opptil 7 er rapportert. For mindre sårflater, f.eks. ved minimal invasiv kirurgi, anbefales TachoSil av mindre størrelse (4,8 cm x 4,8 cm eller 3,0 cm x 2,5 cm).

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffene eller overfor et eller flere av hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Kun til lokalt bruk. Skal ikke brukes intravaskulært. Data for anvendelse ved nevrokirurgi, karkirurgi eller ved gastrointestinal anastomose foreligger ikke. Som for alle legemidler inneholdende proteiner, kan allergiske hypersensitivitetsreaksjoner oppstå. Tegn på hypersensitivitetsreaksjoner er utslett, generell urticaria, tetthetsfølelse i brystet, tungpustethet, hypotensjon og anafylaksi. Dersom disse symptomene/tegn oppstår, skal administrasjonen avbrytes umiddelbart. Hvis sjokktilstand inntrer, skal gjeldende prosedyre for sjokkbehandling følges. Tiltak for å forebygge infeksjoner ved bruk av legemidler fremstilt fra humant blod eller plasma omfatter seleksjon av blodgivere, screening av hver enkelt tapping og plasmapooler for infeksjonsmarkører, og effektiv inaktivering/fjerning av virus som en del av produksjonsprosessen. Til tross for dette kan man ikke fullstendig utelukke muligheten for overføring av smittsomme agens. Dette gjelder også virus eller patogener som hittil er ukjent. Tiltakene anses å være effektive mot kappede virus som HIV, HBV og HCV, og mot det ikke-kappede viruset HAV. Tiltakene har begrenset verdi mot ikke-kappede virus som parvovirus B19. Infeksjon med parvovirus B19 kan være alvorlig for gravide kvinner (fosterinfeksjon) og for personer med immundefekt eller økt erythropoiese (f. eks. hemolytisk anemi). Av hensyn til pasientene anbefales det meget innstendig å journalføre navn og batchnummer hver gang TachoSil benyttes, for å registrere forbindelsen mellom pasient og den anvendte batch av legemiddelet.

Interaksjoner: Undersøkelser av interaksjon med andre legemidler foreligger ikke. Som for tilsvarende preparater eller trombinoppløsninger, kan det aktuelle legemiddelet denatureres ved kontakt med oppløsninger som inneholder alkohol, jod eller tungmetaller (f. eks. antiseptiske løsninger). Denne type substanser skal fjernes så godt som mulig før bruk av TachoSil.

Graviditet/Amning: Sikkerheten ved bruk av TachoSil under graviditet eller amning er ikke klarlagt i kontrollerte kliniske studier. Eksperimentelle dyrestudier er utstillende til å vurdere reproduksjonstoksiske effekter, og/eller effekter på, embryo-/fosterutvikling, svangerskapsforløp, fødsel og/eller postnatal utvikling. Skal ikke administreres til gravide og ammende kvinner, hvis ikke strengt nødvendig.

Bivirkninger: Sirkulatoriske: Livstruende tromboemboliske komplikasjoner kan forekomme dersom legemiddelet utilsiktet administreres intravaskulært. Øvrige: Hypersensitivitet eller allergiske reaksjoner kan oppstå i sjeldne tilfeller hos pasienter behandlet med fibrin. I enkelte tilfelle har disse reaksjoner utviklet seg til alvorlig anafylaksi. Slike reaksjoner kan spesielt observeres ved gjentatt bruk av legemiddelet eller dersom det administreres til pasienter med kjent hypersensitivitet overfor noen av innholdsstoffene i legemiddelet.

Undersøkelser: Antistoffer mot innholdsstoffene i fibrinpreparater til sårlukking kan forekomme i sjeldne tilfeller.

Overdosering/Forgiftning: Det er ingen rapporterte tilfeller av overdosering.

Egenskaper: Inneholder fibrinogen og trombin som er tørket belegg på overflaten av en kollagensvamp, den aktive siden er farget gul. Ved kontakt med fysiologiske væsker, f.eks. blod, lymfe eller fysiologisk saltvann, oppløses innholdsstoffene i belegget og diffunderer delvis inn i såroverflaten. Dette etterfølges av fibrinogen-trombinreaksjonen som initierer det siste trinnet av den fysiologiske blodkoagulasjonsprosessen. Fibrinogen blir omdannet til fibrinmonomerer som spontant polymeriserer til et fibrinkoagel, og som på denne måten holder kollagensvampen fast til såroverflaten. Fibrin blir deretter kryssbundet med endogen koagulasjonsfaktor XIII, og danner derved et tett, mekanisk stabilt nettverk med gode limende egenskaper som bidrar til å lukke såret. I 2 kliniske studier er hemostase vist hos 240 pasienter som gjennomgikk delvis leverreseksjon. Ytterligere en kontrollert klinisk studie (n = 189), som undersøkte sårlukking ved lungekirurgi, viste ikke bedre effekt enn standardbehandling, målt ved luftlekkasje.

TachoSil er beregnet kun til lokalt bruk. I dyrestudier er det vist progressiv bionedbrytning av TachoSil. Fibrinkoagel metaboliseres på samme måte som endogent fibrin ved fibrinolysis og fagocytose. TachoSil degraderes ved resorpsjon til rev. Ca. 24 uker etter applikasjon er det kun små rester tilbake, uten noen tegn til lokal irritasjon.

Andre opplysninger: Leverser ferdig til bruk i sterile pakninger og må behandles deretter. For instruksjoner vedrørende bruk og håndtering, se pakningsvedlegg. **Pakninger og priser:** 9,5 cm x 4,8 cm: 1 stk. kr 3608,60. 4,8 cm x 4,8 cm: 2 stk. kr 3966,10. 3,0 cm x 2,5 cm: 1 stk. kr 713,20. 3,0 cm x 2,5 cm: 5 stk. kr 3429,80.

C Somac «ALTANA Pharma AG»

Syrepupehemmer, saltsyreskresjonshemmende middel. ATC-nr.: A02B C02

ENTEROTABLETTER 20 mg og 40 mg: Hver enterotablett inneholder Pantoprazolnatriumsesquihydrat tilsvarer pantoprazol 20 mg, resp. 40 mg, mannitol 21,3 mg, resp. 42,7 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 20 mg: Gult, rødt og sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171), 40 mg: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

PULVER TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 40 mg: Hvert hetteglass inneholder: Pantoprazolnatrium 42,3 mg tilsvarer pantoprazol 40 mg, dinatriumedettillyhydrat, natriumhydroksid.

Indikasjoner: 20 mg: Behandling av mild refluxsykdom og tilhørende symptomer (f.eks. sure oppstøt og halsbrann). Langtidsbehandling av refluxsykdom inkl. tilbakefallsprofylakse. Forebygging av gastroduodenalår induisert av ikke-selektive ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs), hos risikopasienter som trenger kontinuerlig NSAID-behandling. 40 mg: Behandling av duodenalår, ventrikkelsår og refluxsykdom. Zollinger-Elissons syndrom og andre tilstander med patologisk høy syreskresjon. Kun enterotabletter: Tillegg til antimikrobiell behandling når eradikering av *Helicobacter pylori* hos voksne skal utføres ved ulcusykdom.

Dosering: Enterotablettene svelges hele med litt vann ca. 1 time før frokost. Tablettene må ikke knuses eller tygges. Mild refluxsykdom og tilhørende symptomer (f.eks. sure oppstøt og halsbrann): Anbefalt dose 20 mg daglig, vanligvis i 4 uker. Ytterligere 4 ukers behandling dersom bedring ikke sees. Ved oppnådd symptomfrihet kan tilbakefall behandles ved å bruke 20 mg daglig ved behov. Bytte til kontinuerlig behandling kan overveies hvis tilfredsstillende symptomkontroll ikke kan opprettholdes med behandling ved behov. Langtidsbehandling av refluxsykdom inkl. tilbakefallsprofylakse: En vedlikeholdsdose på 20 mg daglig anbefales, med økning til 40 mg daglig ved tilbakefall. Etter bedring av tilbakefallet kan dosen reduseres til 20 mg. Refluxsykdom: 40 mg 1 gang daglig, vanligvis i 4 uker. I de tilfeller der lesjonen ikke er tilhelet, anbefales ytterligere 4 ukers behandling. Forebygging av gastroduodenalår induisert av NSAIDs hos risikopasienter som trenger kontinuerlig NSAID-behandling: Anbefalt dose 20 mg daglig. Duodenalår: 40 mg 1 gang daglig, vanligvis i 2 uker. I de tilfeller der såret ikke er tilhelet, anbefales ytterligere 2 ukers behandling. Ventrikkelsår: 40 mg 1 gang daglig, vanligvis i 4 uker. I de tilfeller der såret ikke er tilhelet, anbefales ytterligere 4 ukers behandling. Enterotabletter ved eradikering av *Helicobacter pylori* ved ulcusykdom: Anbefalt regime: Pantoprazol 40 mg + amokisicillin 1 g + metronidazol 500 mg, alle 2 ganger daglig i 1 uke. Ved tilbakefall eller manglende effekt av anbefalt regime, bør resistensbestemmelse finne sted for annenhåndsbehandling institusjoner. Annenhåndsbehandling: Pantoprazol 40 mg + amokisicillin 1 g + klaritromycin 500 mg, alle 2 ganger daglig i 1 uke eller pantoprazol 40 mg + metronidazol 500 mg + klaritromycin 500 mg, alle 2 ganger daglig i 1 uke. Langtidsbehandling av Zollinger-Elissons syndrom og andre tilstander med patologisk høy syreskresjon: Behandlingen bør starte med en døgndose på 80 mg. Deretter kan dosen justeres etter behov i.h.t. syreskresjonen. Ved doser >80 mg i døgnet deles dosen og gis 2 ganger daglig. En midlertidig økning av dosen til >160 mg i døgnet er mulig, men bør ikke brukes lenger enn nødvendig. Behandlingsvarighet bør tilpasses pasientens behov. Pulver til injeksjonsvæske: I de tilfeller der pasienten ikke kan behandles peroral, anbefales 40 mg pr. dag gift som i.v. injeksjon over en periode på 2-15 minutter. Dersom rask kontroll av syreskresjonen er påkrevd, er en startdose på 2 x 80 mg i.v. tilstrekkelig til å senke syreproduksjonen til <10 mekv/time innen en time. Så snart peroral behandling anses mulig, bør i.v. behandling seponeres, og peroral behandling begynne. Kinetikkforandringer hos eldre pasienter og pasienter med nedsatt nyrefunksjon anses ikke å være klinisk relevante, og dosejustering er derfor ikke nødvendig. Pantoprazol dialyseres i svært liten utstrekning.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved moderat til alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon skal kombinasjonsbehandling ved eradikering av *Helicobacter pylori* ikke gis, da foreløpig ikke foreligger data på sikkerhet og effekt for bruk til disse pasientene.

Forsiktighetsregler: Før behandlingsstart må cancer undersøkes eller cancer ventriculi utelukkes da behandling med pantoprazol kan maskere symptomer på cancer og dermed forsinke diagnosen. Ulcusdiagnose skal først gis verifiseres ved røntgen eller endoskopi. Refluxsykdom skal diagnostiseres ved endoskopi og/eller ved biopsi. Klinisk erfaring med barn mangler. Ved sterkt nedsatt leverfunksjon bør leverenzymene overvåkes jevnlig, spesielt ved langtidsbruk. Ved forhøyede leverenzymverdier skal behandlingen med preparatet avbrytes. Pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon bør ikke ta høyere doser enn 20 mg pantoprazol. Ved langtidsbehandling, spesielt ved behandling i mer enn 1 år bør pasienten kontrolleres jevnlig. Bruk av 20 mg for å forebygge gastroduodenalår induisert av NSAIDs bør kun gis til pasienter som trenger kontinuerlig NSAID-behandling, og som har økt risiko for utvikling av gastrointestinale komplikasjoner. Den økte risikoen skal vurderes i.h.t. individuelle risikofaktorer, f.eks. høy alder (>65 år), tidligere tilfeller av gastro- eller duodenalår eller gastrointestinale blødning i øvre del. I langtidsstudier på rotte er det etter behandling med pantoprazol i doser som tilsvarende fullstendig hemning av saltsyreskresjonen, sett forekomst av ECL-celle hyperplasi og ECL-celle karsinomer. Disse forandringene er satt i sammenheng med de økte gastrinnivåer som oppstår sekundært til markant syreskresjonshemmning. Disse funn antas ikke ha klinisk betydning ved korttidsbehandling. I.v. administrering anbefales bare der peroral behandling ikke er egnet. Dosen på 40 mg/dag bør ikke overskrides hos eldre pasienter og hos pasienter med nedsatt leverfunksjon. Ved Zollinger-Elissons syndrom og andre tilstander med patologisk høy syreskresjon, kan pantoprazol redusere absorpsjonen av vitamin B12 (cyanokobalamin).

Interaksjoner: Pantoprazol synes å ha lavt potensiale for å påvirke farmakokinetikken til andre legemidler. Dersom absorpsjonen av et legemiddel er pH-avhengig (f.eks. ketokonazol), kan absorpsjonen endres ved samtidig administrering. Muligheten for interaksjoner med legemidler som metaboliseres via cytochrom P-450-sytemet kan ikke utelukkes. Noen få isolerte tilfeller av forandringer i INR er rapportert ved samtidig bruk av fenpropion og warfarin. Pasienter som behandles med kumarin antikoagulanter skal kontrolleres med protrombin tid/INR etter start av behandling, ved avsluttet behandling eller ved uregelmessig bruk av pantoprazol.

Graviditet/Amning: Pantoprazol har i dyreforsøk vist en svak embryotoksisk effekt, samt en postnatal effekt ved eksponering gjennom laktasjonen. Pantoprazol bør derfor ikke benyttes under graviditet og amning.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Abdominalsmerte, diare, forstoppelse og gassdannelse. Hodepine. Mindre hyppige: Kvalme/brekninger. Svimmelhet, synsforstyrrelser (sløret syn). Allergiske reaksjoner som utslett og kløe. Sjeldne (<1/1000): Munntørhet. Artralgi. Leukopeni, trombocytopeni. Ødem, feber, depresjon og muskelsvaker. Anafylaktiske reaksjoner inkl. anafylaktisk sjokk. Alvorlig hepatocellulær skade som kan føre til gulsott eller leversvikt. Økte leverenzymverdier (transaminaser, γ-GT) og forhøyede triglyserider. Interstiell nefritt. Urticaria, angioødem, alvorlige hudreaksjoner som Stevens-Johnsons syndrom, erythema multiforme, Lyells syndrom, fotosensitivitet.

Overdosering/Forgiftning: Opplysninger om overdose hos menneske foreligger ikke. Intravenøs enkeltdose på 240 mg, over en periode på 2 minutter, tolereres godt. Behandling: Symptomatisk.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppløsningen må brukes innen 12 timer etter tilberedning. Kjemisk og fysisk stabilitet er dokumentert for 12 timer ved 25°C. Fra et mikrobiologisk synspunkt bør produktet benyttes umiddelbart. Brukeren er ansvarlig for lagringstid og lagringsforhold om preparatet ikke benyttes umiddelbart etter tilberedning. Denne lagringen bør normalt ikke overstige 12 timer ved 25°C dersom tilberedningen ikke har funnet sted under kontrollerte og validerte aseptiske betingelser.

Andre opplysninger: Pulver til injeksjonsvæske oppløses i 10 ml natriumklorid injeksjonsvæske 9 mg/ml. Oppløsningen kan administreres direkte eller blandes med 100 ml natriumklorid injeksjonsvæske 9 mg/ml eller glukose infusjonsvæske 50 mg/ml. Somac skal ikke blandes med andre væsker enn de som er nevnt.

Pakninger og priser: Enterotabletter: 20 mg: Enpac: 14 stk. kr 98,40, 56 stk. kr 312,50. 40 mg: Endose: 100 stk. kr 877,30, Enpac: 14 stk. kr 148,30, 28 stk. kr 269,80, 56 stk. kr 506,40. Pulver til injeksjonsvæske: Hettegl.: 5 stk. kr 404,30.

T: 41b).

Refusjon: Behandlingen skal være instituert av spesialist i indremedisin, kirurgi, øre-nese-halsykdommer eller pediatri, eller på tilsvarende spesialavdeling eller spesialpoliklinikk i sykehus. Ved senere forskningring av annen lege skal vedkommende lege føre opp på resepten hvilken institusjon-/spesialist som har initiert behandlingen.

Sist endret: 08.02.2007

Referanser:

1. Gillessen et al, 40 mg Pantoprazole and 40 mg Esomeprazole Are Equivalent in the Healing of Esophageal Lesions and Relief From Gastrophageal Reflux Disease related Symptoms. J Clin Gastroenterol 2004; 38: 332-340.
2. Blume et al, Pharmacokinetic Drug Interaction Profiles of Proton Pump Inhibitors, Drug Safety 2006; 29 (9): 769-784.2003: Vol. 98, No.12
3. Produktomtalen



Partner for bedre helse™

A PRIORITERT
PRIORITAIRE

*Eftersendes ikke ved varig adresseendring, men sendes
tilbake til senderen med opplysninger om den nye adressaten.*

Norsk Gastroenterologisk Forening
V/Thomas de Lange
Sykehuset Asker og Bærum
Postboks 83
1309 Rud

NORGE

P.P.

DISTRIBUERT AV POSTEN
NORGE



TAZOCIN

(piperacillin/tazobactam)



FOREBYGG uønskede problemer...

PIPERACILLIN KOMBINERT MED β -LAKTAMASE
INHIBITOREN TAZOBACTAM

Indikasjon

- Intraabdominale infeksjoner
- Nosokomial pneumoni hos voksne



Wyeth

Wyeth, Drammensveien 145b, 0277 Oslo, Telefon: 4000 2340, Telefax: 4000 23 41