

# Statusrapport frå Sogn og Fjordane: Samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesta – alltid ei utfordring

AV PETTER ØGAR

Samarbeid innan og mellom nivåa i helsetenesta er ei endelaus og framleis aukande utfordring. Mange har skriva om det og undersøkt det, og regjeringa sette hausten 2003 ned eit eige utval som skal utgreie spørsmålet nærare. Helsetenesta er prega av aukande spesialisering og ei oppleving av å vere stadig hardare ressursmessig pressa. Spesialisthelsetenesta er statusmessig dominerande og med sterkt fokus på bedriftsøkonomisk lønnsemd og balanse, sjølv om statlege styringsdokument til helseforetaka også har eit samfunnsmessig helsetenesteperspektiv som føresetnad. Kommunehelsetenesta står utan sterke felles talerøyr som maktmessig kan matche spesialisthelsetenesta. Den sterkeste yrkesgruppa, fastlegane, er som sjølvstendig næringsdrivande frigjort frå nesten einkvar kommunal identitet og organisasjonstilknytning, og er vanskelege å trekke med i samarbeidsutvikling. Mot denne bakgrunnen vil eg gje ein statusrapport frå Sogn og Fjordane.



**Petter Øgar** cand.med 1978.

Ass. lege medisinsk avdeling Kongsberg sykehus 1980–83. Kommunelege I og helse-sjef i Hornindal 1983–95.

Fylkeslege i Sogn og Fjordane fra 1995 bare avbrutt av et vikariat som konstituert helsedirektør i 2000.

Var tidligere spesialist og veileder i allmennmedisin, er spesialist i samfunnsmedisin.

Medlem av Utpostens redaksjon fra 1993 til 1998

## Samarbeid i fylkeskommunal tidsalder

Heilt sidan eg kom til Sogn og Fjordane som turnuskandidat i 1979, og seinare i 1983 som kommunelege, har samarbeidsspørsmål mellom spesialist- og kommunehelsetenesta vore framme på ulike og skiftande måtar. Det har vore kollegiale møte på lokalsjukehuset, utarbeiding av prosedyrepermar og fylkesdekkande konsensusprogram for behandling av diabetes mellitus. I Nordfjord har vi i over 20 år vore velsigna med ein velfungerande områdepediatri takka vere eldsjela, barnelege Ole Sverre Haga. Andre ambulerande aktivitetar er og etablert i varierende grad, mellom anna knytt til habilitering og til psykiatrien. For å styrke kommunane og kommunehelsetenesta sin posisjon vart kommunelege I-forum danna i vårt fylke som første stad i landet, men det har seinare enda sine dagar på sotteseng saman med det meste av annan kommunal samfunnsmedisin i fylket. Tilsvarende har det vore fora for leiarar innanfor pleie- og omsorgstenesta og helse- og sosialsjefane, men også det med varierende og i den seinare tid helst avtakande aktivitet. Fylkeskommunen oppretta helse- og sosialfaglege samarbeidsråd knytt til kvart av sjukehusa. Mitt inntrykk er at aktiviteten også her har vore varierende og nytten tilsvarende.

Helsetilsynet gjorde i 2001 ei kartlegging av spesialisthelsetenesta si rettleiing av kommunehelsetenesta i Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag (Statens helsetilsyn 2002). Kartlegginga synte at det går føre seg ein ganske omfattande rettleiingsaktivitet, men rettleiinga spring i stor grad ut av einskildpersonar sitt initiativ og er i liten grad for-

ankra i leiinga som ledd i ei systematisk tilnærming. Berre eit mindretal av dei spurte i kommunehelsetenesta meinte at det er tilstrekkeleg organisert rettleiing frå spesialisthelsetenesta.

Denne historia er truleg ikkje spesiell for Sogn og Fjordane, og ho illustrerer fleire av dei kjente hovudutfordringane i samarbeidet. Samarbeid kan ikkje vedtakast. Vi må skape og gjenskape det heile tida. Utan sterk forankring i leiinga og etablerte, varige strukturar, vert samhandlinga for tilfeldig, kortvarig og stoppar altfor ofte opp på ildsjelnivå.

### Samhandling etter sjukehusreforma

Sjukehusreforma som tok til å gjelde i 2002, har endra føresetnadene for samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetenesta. Mange av dei som sit i dei nye føretaksstyra eller har fått sentrale leiarposisjonar, har sin bakgrunn i næringslivet eller sektorar utanfor helsetenesta. Dei har møtt ei ny verd med vanskelege målkonfliktar, manglande samsvar mellom krav, forventningar og ressursar, og sterk offentleg og lokalpolitisk interesse. Denne røyndomen har dei ikkje vore tilstrekkeleg budde på.

Dei regionale helseføretaka har ei tredelt rolle. Dei skal syte for naudsynte spesialisthelsetenester til befolkninga. Dei er eigarar av helseføretak med sterkt press på produktivitet og bedriftsøkonomisk effektiv drift. Samstundes skal dei ivarta heilskapen i statleg helsepolitikk. Sjølv ein fantasi-fattig helsebyråkrat skjønar at desse rollene er rimeleg motsetnadsfylte, og at produktivitetskrava og det bedriftsøkonomiske perspektivet lett vil komme sigrande ut. Når det gjeld ansvars- og oppgåvedeling mellom kommune- og spesialisthelsetenesta, er det sjeldan slik at løysingane som finst representerer bedriftsøkonomisk vinst for begge partar.

Fylkeskommunen si omsut for kommunane kan ein nok diskutere, men mindre enn helseføretaka si omsut var ho ikkje. Fylkeskommunen som lokaldemokratisk instans var ein garanti for det. Styringsdokumentet frå Helsedepartementet til dei regionale helseføretaka og styringsdokumenta vidare til helseføretaka slår fast at samhandlinga med kommunehelsetenesta er viktig, og pålegg helseføretaka å etablere samarbeid med kommunane både på politisk, administrativt og fagleg nivå. Eg vil leggje til at spesialisthelsetenesta har eit særleg ansvar for samhandlinga med kommunane fordi kommunane er mange, små og manglar gode, felles talerøyr.

### Frå grove overtramp til positivt samarbeid

Dei fleste endringane i spesialisthelsetenesta vil ha konsekvensar for kommunehelsetenesta. Det tok tid før Helse

Førde, som omfattar all spesialisthelseteneste i Sogn og Fjordane, tok konsekvensen av dette. I september 2002 vedtok Helse Førde eit kutt i ambulansetenesta på om lag 4,2 mill. kr. for å spare pengar. Dette gjorde dei utan at berørte kommunar hadde fått planane til høyring, og vel vitande om at ein i helseføretaket stod framfor eit strategisk planarbeid med funksjonsgjennomgang av sjukehusa, som fort kunne få konsekvensar for utforminga av framtidig ambulanseteneste. Saka vart klagt inn til Fylkeslegen som kom fram til at endringane truleg ville medføre uforsvarlege løysingar. Når det galdt sjølve prosessen, tok Fylkeslegen noko hardare i: «Dette kan i beste fall kallast prosessuell dugløyse, i verste fall prosessuell arroganse.»

Framlegg til ny strategisk plan for Helse Førde vart sendt på høyring i mars 2003. I si høyringsfråsegn uttalte Fylkesmannen og Helsetilsynet i Sogn og Fjordane mellom anna: «Den største veikskapen med planen er den mangelfulle drøftinga av tilhøvet til og konsekvensane for kommunehelsetenesta. Gjennomføring av planen med sentralisering av akuttfunksjonar og endring i fødetilbodet føreset både at kommunehelsetenesta tek på seg nye oppgaver og vert påført auka utgifter. Det er ikkje gitt at kommunehelsetenesta er i stand til dette. Kommuneøkonomien er særns vanskeleg. Det same er legerekutteringssituasjonen nokre stader. Nye og utvida oppgaver samstundes med at nærleiken til viktige spesialisthelsetenestemiljø vert borte, kan føre til ein forverra rekrutteringssituasjon. Den mangelfulle avklaringa mot kommunane og kommunehelsetenesta gjer at Fylkesmannen må stille spørsmål ved om framlegget om fødestove ved Lærdal sjukehus i det heile er realistisk å gjennomføre.

Fylkesmannen har korkje hatt kompetanse eller tid til å gå inn i dei bedriftsøkonomiske vurderingane som ligg i framlegget. Det er heller ikkje vår primæroppgave. Derimot etterlyser vi ei samfunnsøkonomisk drøfting i høve den totale helsetenesta. Ved sida av å oppfylle 'sørge for' ansvaret når det gjeld spesialisthelsetenester og drive effektiv bedriftsleiing, skal også dei regionale helseføretaka ivareta heilskapen i staten sin helsepolitikk. Det er krevjande og motsetnadsfylt, men særns viktig. I dette perspektivet saknar Fylkesmannen ein analyse og drøfting av kva konsekvensar strategien får for kommunehelsetenesta og helsetenesteytingar finansiert over folketrygda.»

Helseministeren har seinare i føretaksrådet sett som vilkår for gjennomføring av planen at konsekvensane for kommunane vart utgreidd, og at kommunane vart trekte med i dette arbeidet. Dette har seinare skjedd, rett nok ikkje utan vanskar, men så er det og særns vanskelege spørsmål det handlar om.





FOTO: PETTER ØGAR

I november 2002 arrangerte Fylkeslegen i Sogn og Fjordane i samarbeid med Helse Førde ein stor todagars samhandlingskonferanse. Adm. direktør i Helse Førde engasjerte seg sjølv aktivt, og utkommanderte alle institusjonsleiarar og avdelingsleiarar på kliniske avdelingar. Frå kommunane var det eit tungt innslag av rådmenn, helse- og sosialsjarfar og andre leiarar i kommunehelsetenesta. Aldri har så mykje administrativ og fagleg helsemakt vore samla i dette fylket. Berre fastlegane var dårleg representerte.

Første dag vart nytta til intensjonserklæringar, visjonar, tankar og gjennomgong av utfordringar og overordna ansvars- og oppgåvedeling. Andre dagen vart nytta til gruppearbeid om sentrale problemstillingar i samarbeidet: rutinar ved tilvisingar og utskriving, individuell plan og system for utveksling av melding om avvik eller uønskte hendingar mellom tenestene. Gruppene var samansett på tvers av nivåa, men det lukkast berre å få med representant for primærlegane i gruppa som arbeidde med tilvisingsrutinar. Gruppearbeida vart lagt fram, drøfta, og det vart fastsett vidare arbeid fram til nytt samhandlingsmøte nokre månader seinare der ferdige produkt skulle presenterast. Dette

skjedde i februar. På februararmøtet vart ein samd om at standard tilvisingsskjema skal lagast elektronisk og prøvast ut i eit pilotprosjekt. Felles mal for individuell plan vart vedteken både for pasientar innan somatikken og psykiatrien med evaluering etter eit år. Det var semje om rutinar i samband med utskriving og om eit system der ein skreiv avvik/framlegg til forbetringar mellom tenesteneivåa på dei rutinane ein hadde arbeidd med når noko ikkje fungerte slik det skulle.

Adm. direktør i Helse Førde tok våren 2003 initiativ til å opprette eit koordineringsråd mellom kommune- og spesialisthelsetenesta. Rådet skal bidra til å utvikle og sikre kvaliteten på samarbeid og samhandling mellom partane vedrørende tenester til pasientar med somatiske/psykiske lidingar som treng eit samansett heilskapleg tenestetilbod i fylket. Direktøren er sjølv leiar av rådet som elles består av representantar for Helse Førde, brukarutvalet, kommunane og fylkeslegen. Dei kommunale representantane er utpeika av dei kommunale regionråda som finst i fylket og har med det eit mandat frå kommunane. Mellom dei kommunale representantane er det rådmenn, helse- og sosialsjarfar og ein ordførar.



Koordineringsrådet legg opp til to møte i året og kan i tillegg arrangere konferansar ved behov. Som døme på kva saker rådet handsamar vart det på siste møte oppnemnt ei gruppe som skal lage framlegg til ei ordning der Førde sentralsjukehus står for innkjøp, vedlikehald og utleige til kommunane av behandlingshjelpemiddel kommunane berre sporadisk har trong for, t.d. respiratorar. Koordineringsrådet vil ikkje kunne løyse alle samarbeidsproblem, men eg trur det er ein viktig konstruksjon fordi det er ein fast struktur som kombinerer tung leiingarforankring i Helse Førde og ein representativ kommunal medverknad.

## Oppsummering

Samarbeidet og samhandlinga mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta i Sogn og Fjordane er for tida inne på eit rett spor, men utfordringane er framleis store. Dei er særleg knytte til den vanskelege økonomiske situasjonen som begge tenestnivåa er i. Den manglande stabiliteten og relativt store mangelen på fastlegar samt eit monaleg innslag av vikarstafettar på sjukehusa utgjør og ei stor utfordring. Framleis er kommunane i ein for svak maktposisjon, og dei har så langt vore for lite flinke til å lage gode rettleiingstingingar til spesialisthelsetenesta. Legetenesta i kommunane er også for dårleg representert i samhandlingsprosessane. Til slutt vil eg minne om at samhandlingsutfordringane ikkje berre eksisterer mellom tenestnivåa, men også i høgste grad innanfor tenestnivåa.

## Litteratur

1. Diabetesomsorgen i Sogn og Fjordane. Konsensus vedkommande ansvars- og oppgåvedeling, behandlingss mål og kontrollopplegg. Sogn og Fjordane 1989, revidert 1991.
2. Øgar, P.: Kommunelege I-forum i Sogn og Fjordane – et forsøk på å løse primærhelsetjenestens avmaktproblem. Utposten 1993; 22: 88–9.
3. Øgar, P.: Hvilke faktorer påvirker samhandlingen mellom første og andrelinjetjenesten? Utposten 1997; 26: 160–3.
4. Statens helsetilsyn (2002): Spesialisthelsetjenestens veiledningsoppgaver overfor kommunehelsetjenesten. Rapport fra en pilotundersøkelse i Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag i 2001. IK-2765. Oslo: Statens helsetilsyn.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Jannike Reymert. Kontakt henne på [jannike.reymert@c2i.net](mailto:jannike.reymert@c2i.net)

## C Cipralex® "Lundbeck"

Antidepressivum

ATC-nr.: N06A B10

T: 18

**T** **Tabletter 5 mg og 10 mg:** Hver tablett inneholder: Escitalopram 5 mg eller 10 mg (som oksalat). Filmrasjerte tabletter med delestrek (10 mg). Fargestoff: Titandioksid (E 171).

**Indikasjoner:** Behandling av alvorlige depressive episoder. Behandling av panikktilstand med eller uten agorafobi. Behandling av sosial fobi.

**Dosering:** Sikkerheten av doser på over 20 mg daglig er ikke undersøkt. Cipralex administreres som en enkelt dose daglig og kan tas med eller uten mat. **Alvorlige depressive episoder:** Normal dosering er 10 mg én gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maksimalt 20 mg daglig. Vanligvis er 2–4 ukers behandling nødvendig for å oppnå antidepressiv respons. Etter bedring av symptomene bør behandlingen fortsette i minst 6 måneder for å vedlikeholde effekten. **Panikktilstand med eller uten agorafobi:** Anbefalt startdose er 5 mg daglig den første uken, før dosen økes til 10 mg daglig. Dosen kan økes til maksimalt 20 mg daglig avhengig av individuell respons. Maksimal effekt nås etter ca. 3 måneder. Behandlingen varer i flere måneder. **Sosial fobi:** Anbefalt dose er 10 mg daglig. Symptomlindring oppnås vanligvis først etter 2–4 ukers behandling. Avhengig av individuell respons, kan dosen deretter reduseres til 5 mg eller økes til maksimum 20 mg daglig. Sosial fobi er en sykdom med et kronisk forløp og 12 ukers behandling anbefales for å vedlikeholde respons. Langtidsbehandling av respondere er undersøkt i 6 måneder, og har vist seg på individuell basis å hindre tilbakefall. Effekt av behandlingen bør vurderes regelmessig. **Eldre (> 65 år):** Startdose 5 mg daglig og en lavere maksimal dose bør vurderes. **Nedsatt leverfunksjon eller sakte metabolisme:** av CYP2C19: Startdose 5 mg daglig de første to behandlingsukene. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg. Når behandlingen avsluttes bør dosen gradvis reduseres over en eller to uker for å unngå mulige seponeringsreaksjoner.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor escitalopram eller et eller flere av hjelpestoffene. Samtidig bruk av ikke selektive MAO-hemmere.

**Forsiktighetsregler:** En eventuell økning i angstsymptomer avtar vanligvis innen de to første behandlingsukene. Lav startdose kan redusere symptomene. Escitalopram bør unngås hos pasienter med ustabil epilepsi. Escitalopram bør brukes med forsiktighet hos pasienter med mani/hypomani i anamnesen, og bør seponeres dersom en pasient går inn i en manisk fase. Escitalopram kan påvirke glukosekontrollen hos diabetikere. Det kan være nødvendig å justere dosen med insulin og/eller perorale antidiabetika. Pasienter bør følges nøye i begynnelsen av behandlingen pga. økt suicidalfare initialt. Forsiktighet anbefales hos pasienter med risiko for hyponatremi, som eldre, chirotske pasienter eller pasienter som samtidig behandles med legemidler som kan gi hyponatremi. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av orale antikoagulantia og legemidler kjent for å påvirke blodplاتفunksjonen (for eksempel atypiske antipsykotika og fenotiaziner, de fleste trisykliske antidepressiva, acetylsalicylsyre og ikke-steroid anti-inflammatoriske midler (NSAIDs), ticlopidin og dipyridamol), og hos pasienter med kjent blødningsyndring. På grunn av begrenset klinisk erfaring anbefales forsiktighet ved samtidig bruk av escitalopram og ECT. Kombinasjonen av escitalopram med MAO-A hemmere anbefales generelt ikke på grunn av risikoen for serotonerg syntese. Forsiktighet anbefales hvis escitalopram brukes samtidig med legemidler med serotonerge effekter slik som sumatriptan eller andre triptaner, tramadol og tryptofan. Samtidig bruk av escitalopram og urtepreparater som inneholder johannesurt (*Hypericum perforatum*) kan gi økt insidens av uønskede effekter. Forsiktighet anbefales hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CLCR mindre enn 30 ml/min). Escitalopram påvirker ikke intellektuelle funksjoner og psykomotoriske evner. Da alle psykoaktive legemidler kan påvirke vurderingsevnen og evnen til å utføre oppgaver, bør pasientene informeres om den mulige risikoen for at evnen til å kjøre bil og bruke maskiner kan påvirkes.

**Interaksjoner:** Tilfeller av alvorlige reaksjoner, inklusive serotonergt syndrom, er rapportert hos pasienter behandlet med SSRI i kombinasjon med en ikke-selektiv MAO-hemmer, og hos pasienter som nylig har avsluttet SSRI behandling og påbegynt behandling med MAO-hemmer. Det bør gå minst 7 dager etter avsluttet escitalopram behandling før behandling med ikke-selektiv MAOH påbegynnes. Behandling med escitalopram kan starte 14 dager etter avsluttet behandling med irreversible MAOH (selegelin) og minst én dag etter avsluttet behandling med den reversible MAOH (RIMA) moklobemid. Selegelin i doser opp til 10 mg/dag har vært gitt sammen med escitalopram uten reaksjoner. Samtidig administrasjon med serotonerge legemidler (for eksempel tramadol, sumatriptan og andre triptaner) kan føre til serotonergt syndrom. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av andre legemidler som kan senke krampetærskelen. Det foreligger rapporter på forsterkede effekter når SSRI har vært gitt samtidig med litium eller tryptofan. Som for andre psykoaktive legemidler anbefales ikke en kombinasjon med alkohol. Samtidig administrasjon av legemidler som hemmer CYP2C19, som for eksempel omeprazol, kan gi økte plasmakonsentrasjoner av escitalopram. Forsiktighet bør utvises når escitalopram i øvre del av doseringsintervallet tas samtidig med høye doser cimetidin. Forsiktighet anbefales når escitalopram gis samtidig med legemidler som i hovedsak metaboliseres via CYP2D6, og som har smal terapeutisk indeks, som for eksempel flekainid, propafenon og metoprolol (ved hjertesvikt) eller enkelte CNS virkende legemidler som i hovedsak metaboliseres via CYP2D6, for eksempel antidepressiva som desipramin, klomipramin og nortriptylin, eller antipsykotika som risperidon, tiordiazin og haloperidol. Justering av dosen kan være nødvendig. Samtidig administrasjon av desipramin eller metoprolol (CYP2D6 substrater) medfører en dobling av plasmavæivene. (I: N06A B escitalopram).

**Graviditet/Amning:** *Graviditet i placenta:* Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Cipralex bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. *Amning:* Risiko ved bruk under amning er ikke klarlagt. Det forventes at escitalopram går over i morsmelk. Kvinner som ammer bør ikke behandles med escitalopram eller amning bør opphøre.

**Bivirkninger:** Bivirkninger er vanligst i første eller andre uke av behandlingen og avtar vanligvis i intensitet og frekvens ved fortsatt behandling. Seponeringsproblemer har ikke vært systematisk undersøkt med escitalopram. Seponeringsreaksjoner har vært observert med rasemisk escitalopram; svimmelhet, hodepine og kvalme. De fleste hovedsak milde og forbigående. Følgende bivirkninger er observert hyppigere med escitalopram enn med placebo i dobbelt-blind, placebo-kontrollerte studier. Frekvensene er ikke korrigert for placebo. **Svært hyppige (>1/10):** Gastrointestinale: Kvalme. **Hyppige (>1/100):** Metabolske: Redusert appetitt. Psykiske: Nedsatt libido, anorgasme hos kvinner. Nervesystem: Søvnløshet, søvnrolens, svimmelhet. Respiratoriske: Sinusitt, gjesping. Gastrointestinale: Diaré, forstoppelse. Hud: Økt svette. Reproduksjon: Ejakulasjonsforstyrrelser, impotens. Øvrige: Tretthet, feber. **Mindre hyppige (>1/1000):** Nervesystem: Smaksforandringer, søvnforstyrrelser. Følgende bivirkninger gjelder generelt for SSRI: Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Metabolske: Hyponatremi, utilstrekkelig ADH-sekresjon. Syn: Synsforstyrrelser. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, munntørhet, diaré, anoreksi. Øvrige: Insomnia, svimmelhet, utmattelse, tretthet, anafylaktisk reaksjon. Lever: Avvikende leverfunksjonsprøver. Muskel-skjelettsystemet: Leddsmerter, muskelsmerter. Neurologiske: Kramp, tremor, koordinasjonsproblemer, serotonergt syndrom. Psykiske: Hallusinasjoner, mani, forvirring, agitasjon, angst, depersonalisering, panikk anfall, nervositet. Urogenitale: Urinretensjon. Reproduksjon: Galaktoré, seksuelle bivirkninger inklusive impotens, ejakulasjonsproblemer, anorgasmi. Hud: Utslett, ekkymoser, kløe, angioødem, svette.

**Overdosering/Forgiftning:** Doser på 190 mg escitalopram er tatt uten at alvorlige symptomer er rapportert. **Symptomer:** Symptomer på overdose med rasemisk escitalopram (>600 mg): Svimmelhet, tremor, agitasjon, søvnrolens, bevisstløshet, kramp, takykardi, EKG endringer med ST-T endringer, utvidet QRS-kompleks, forlenget QT intervall, arytmier, respirasjonsdepresjon, oppkast, rabdomyolyse, metabolsk acidose, hypokalemi. Det antas at overdose med escitalopram vil gi lignende symptomer. **Behandling:** Ingen spesifikk motgift. Etabler og oppretthold frie luftveier, adekvat oksygenering og ventilering. Mageskylling bør utføres så raskt som mulig etter tabletinntak. Overvåkning av hjertefunksjonen og vitale funksjoner sammen med generell symptomatisk behandling anbefales.

**Pakninger og priser:** **Tabletter: 5 mg:** Enpac: 28 stk. kr 132,10.

**10 mg:** Enpac: 28 stk. kr 246,70, 98 stk. kr 716,70. Boks: 200 stk. kr. 1427,20.

**Endose:** 49x1 stk. Kr 375,40.

Basert på godkjent SPC, SLV januar 2004

Pakninger og priser per januar 2004

Referanser:

1. Sorbera LA et al. *Drugs of the Future* 2001; 26(2): 15–20.
2. Gorman JM et al. *CNS Spectrums*, April 2002, volume 7(suppl 1): 40–44.
3. Wade A et al. *Int Clin Psychopharmacol* 2002; 17: 95–102.
4. Lepola UM et al. *Int Clin Psychopharmacol* 2003; 18: 211–217
5. Francois C et al. *Eur J Health Econ* 2003; 4: 12–19
6. Burke et al. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(4): 331–336
7. Preparatomtale basert på godkjent SPC, SLV januar 2004.