

PRAKSISLÆRERKURS

USA 02.10-11.10.04

AV TORALV LURA

Hvorfor drar 21 praksislærere og allmennpraktikere til USA på kurs arrangert av Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen? I alle fall ikke for å feriere, så krevende kursprogrammet var lagt opp med fellessamlinger, forelesninger, gruppeundervisning, praksisbesøk og reising fra tidlig om morgenen til seint om kvelden en hel uke. En del av oss hadde et praksislærerkurs i London med omtrent samme kurskomité for to år siden i bakhodet da vi meldte oss på. Dette kurset var en formidabel suksess og vi håpet på en gjentakelse kanskje mer på tross av enn på grunn av at reisemålet var USA. Kurskomiteen besto av Per Steinsland, John Nessa og Gunnar Bondevik og særlig førstnevnte hadde lagt ned betydelig arbeid og utnyttet sitt kontaktnett maksimalt for å få til at så godt kursprogram som mulig.

Resultatet ble imponerende. Vi ble vel tatt i mot ved ikke mindre enn tre universitetsmiljøer; Case University, Cleveland, Ohio; University of Rochester, Rochester, New York og til sist University of Boston. I Cleveland møtte vi Kurt



Toralv Lura

f. 1957, primærlege og seinere fastlege Husnes, Kvinnherad siden 1987

Stange som fortalte om sitt forskningsnettverk av primærleger i Clevelandområdet. Kathy Cole-Kelly viste oss elementer av undervisningen av medisinske studenter.

Fagmiljøet i Rochester er kjent for en sterk bio-psykososial orientering og det var derfor naturlig at Thomas Campbell og Susan McDaniel forleste om familieorientert primærhelsetjeneste. Ronald Epstein ga oss en innføring i begrepet «mindfulness» som i hans tolkning innebærer en mental tilstand av kontinuerlig årvåkenhet og selvrefleksjon i det kliniske arbeid. Rick Botello demonstrerte en utfordrende

Gruppebildet tatt i Rochester.





Gruppen hadde også litt tid til å være turister. Her besøker de Niagara Falls.

og spennende arbeidsmodell for motivering til endring av helserelatert adferd. Sist, men ikke minst, fikk vi anledning til praksisbesøk hos primærleger i Rochesterområdet og vi kunne helt uredigert observere møtet mellom den amerikanske pasient og hans primærlege.



Hensikten med Bostonbesøket var å møte Alfred Tauber (bildet). Tauber er professor både innen medisin og filosofi og han er en retoriker av rang som trollbandt oss med sitt foredrag. Hans budskap er imidlertid dystert nok, han påpeker at et sterk positivistisk vitenskapssyn fører til en sterk biologisk orientering av klinisk praksis. Når dette skjer i et samfunn med sterk individualistisk orientering som igjen fører til en kontraktbasert relasjon mellom lege og pasient, er resultatet en avhumanisering av medisinsk praksis. Siste post på programmet var et møte med Edvin Schei, kjent fra Universitetet i Bergen med sin filosofiske poliklinikk. Han har reist et år på stipend til Boston og har gitt seg selv i oppgave å se om han i løpet av dette året klarer å formulere filosofiske spørsmål som vil engasjere hans legekollegaer her hjemme. Han klarte i alle fall å engasjere oss med gruppeoppgaver som bl.a. «Er klinisk medisin en moralsk virksomhet» og «Hva er viktige personlige egenskaper som utvikles over år hos en allmennpraktiker?»

Som et bakteppe og kontrast til all denne engasjerende og lærerike undervisning, lå det faktum at det amerikanske helsevesen sliter tungt. 44 millioner amerikanere er uten helseforsikring av noe slag, d.v.s. en av sju. Ekstra tydelig ble dette nå midt i presidentvalgekampen. Vi fikk anledning til å over-

være et satellittsymposium til visepresidentdebatten mellom Cheney og Edwards i Cleveland hvor et bredt sammensatt panel av ressurspersoner innen universitetsmiljø og næringsliv tydelig viste at de erkjente problemet med alt for mye helsetilbud til noen og nærmest ingenting til andre. Men vi europeere i salen kunne ikke se at de presenterte noe som kunne minne om løsninger på dette problemet. Praksisbesøket ga en konkret demonstrasjon av problemene, jeg møtte en allmennpraktiker som tilhørte de 80 prosent som ikke har elektronisk journalsystem. Hans pasienter tilhørte den fattige del av befolkningen og var i tillegg kronisk syke med mange diagnoser og mye av tiden gikk med til å sjonglere med et utall av forskjellige forsikringsordninger for å finne den beste mulige løsning for pasientene. Jeg ble imidlertid dypt imponert over ham da han viste et stort engasjement kombinert med en ufattelig evne til å håndtere mange problemstillinger på en gang. Samtidig holdt han en klar tråd i konsultasjonene på tross av arbeidsforhold enhver norsk allmennpraktiker ville finne håpløse i våre dager.

Det var verdt å reise på kurs til USA. I tillegg til det som her er referert kommer de utallige gode samtaler med erfarne kollegaer i et godt inkluderende sosialt felleskap. Litt turisme fikk vi også med oss, Niagara Falls og nesten to dager fri i Boston.

Siste leksjon i årsaker til uheldig kosthold fikk jeg ved avreise fra Dulles Airport, Washington, her koster på Burger King en «big value» pakke med 1 whopper, chips og 0,5 liter cola \$ 5,85, men dersom du ønsker å få vinn i stedet for cola, må du ut med \$ 7,20!

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie. Kontakt ham på ivskeie@online.no

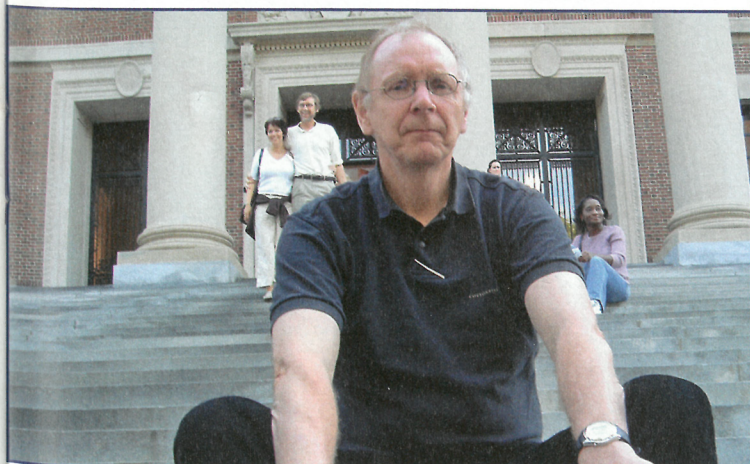


Brekke og Haavet ved Niagara Falls.



Rollespill i Rochester.

John Nessa i Harvard.



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). Filmbrasjerte tabletter med delestrek (10 mg). Fargestoff: Titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Behandling av alvorlige depressive episoder. Behandling av panikkilidelse 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. **Panikkilidelse 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 doser 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 metabolisere** 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, cirrotiske 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 blodplatefunksjonen (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 blødningstendens. 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 serotonergt syndrom. 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 risikoen for uønskede effekter. Forsiktighet anbefales hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CLCR mindre enn 30 ml/min). Escitalopram påvirker ikke intellektuelle funksjoner og psykomotoriske evner. De 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 krampeterskelen. 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, tiaridazin og haloperidol. Justering av dosen kan være nødvendig. Samtidig administrasjon av desipramin eller metoprolol (CYP2D6 substrater) medfører en dobling av plasmaværdiene. (I: N06A B escitalopram).

Graviditet/Amming: Overgang 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. **Amming:** Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det forventes at escitalopram går over i morsmelk. Kvinner som ammer bør ikke behandles med escitalopram eller amming 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 citalopram; svimmelhet, hodepine og kvalme. De er i hovedsak milde og forbigående. Følgende bivirkninger er observert hyppigere med escitalopram enn med placebo i dobbelt-blindet, 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, sømnlens, 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, nervøsitet. Urogenitale: Urinretensjon. Reproduksjon: Galaktorié, 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 citalopram (>600 mg): Svimmelhet, tremor, agitasjon, sømnlens, bevisstløshet, kramp, takykardi, EKG endringer med ST-T endringer, utvidet QRS-kompleks, forlenget QT intervall, arytmier, respirasjonsdepresjon, oppkast, rabdomyolose, 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 tablettinntak. 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: 331-336
7. Preparatortale basert på godkjent SPC, SLV januar 2004.