

Vi vet vi ikke har lov, men vi gjør det likevel

AV DAG-HELGE RØNNEVIK

Som en del av femteårs-praksisen ved Universitetet i Tromsø var jeg i vinter utplassert ved et allmennlegekontor i Tromsø. I løpet av denne utplasseringsperioden må alle studenter skrive en obligatorisk samfunnsfaglig/epidemiologisk oppgave med selvvalgt tema. Som medisinerstudent, og etter hvert også trebarnsfar, har jeg flere ganger følt det som et dilemma når jeg selv eller mine nærmeste har vært syke. Jeg lot derfor min oppgave omhandle temaet legers behandling av seg selv, familie, venner og medarbeidere.

Resymé

Et spørreskjema med 16 spørsmål ble sendt ut til legene ved fem legekontor i Tromsø. Av 23 utleverte spørreskjema ble 15 besvart. Resultatene av spørreundersøkelsen viser samme tendens som andre undersøkelser har vist: Legene behandler seg selv i stor grad og oppsøker sjelden annen lege når de er syke. Omtrent alle legene i spørreundersøkelsen ser farer ved å behandle seg selv og at tendens til egenbehandling kan føre til at de ikke får behandling i tide dersom de er alvorlig syke. Flertallet tror at en annen lege vil kunne gi en bedre diagnose enn det de selv er i stand til. Støttelegeordningen er kjent for et stort flertall av de spurte, og nesten alle vet hvem som er fastlegen deres. Få leger synes det er greit at legekontoransatte/slektninger tar opp helseproblemer «privat».

Bakgrunn

Det finnes ca. 20 000 yrkesaktive leger i Norge (1). Dersom alle disse til en viss grad behandler seg selv samt familied medlemmer/venner/kolleger vil det være nokså mange tilfeller av sykdom der det blir gitt en vurdering/behandling som strengt tatt ikke er så objektiv som den bør være. Neglisjering av egne helseproblemer kan i verste fall utgjøre en risiko for pasienten. Det er derfor i alles interesse at legens helse og bruk av helsetjenesten er best mulig.

Fra den store «Legekårsundersøkelsen» utført blant norske leger i 1993 (2) kunne man slutte at mange leger ikke forholder seg til egen helse og sykdom på en hensiktsmessig måte. Norske allmennpraktikere behandler seg selv, de oppsøker sjelden vanlig helsetjeneste når de er syke, de går ofte på jobb med symptomer som de normalt ville ha sykemeldt en pasient for, de lar være å møte opp til helseundersøkelser, og de skriver ut resepter til seg selv. Mange har



Frisk luft er den beste behandling...

kolleger på samme legekontor som sin fastlege, mens andre igjen benytter seg av venner/kolleger når de er syke (3). Av brukere av beroligende medikamenter hadde 73 prosent skrevet dette ut til seg selv. Økt forekomst av depresjoner og selvmord har vært indikert i noen undersøkelser, det samme gjelder rusmisbruk (2). En finsk undersøkelse viste at kroniske sykdommer som eksem, mage- og tarmlidelser, ryggplager og psykiske lidelser var vanligere hos leger enn hos andre (4).

Korridorkonsultasjoner, dårlig utbygd bedriftshelsetjeneste for leger, selvdiagnostisering og egenbehandling er faktorer som kan være til hinder for at syke leger får riktig behandling i tide (2). Andre uheldige forhold er at leger ofte benekter sykdom og bagatelliserer egne symptomer på alvorlig sykdom. Leger får også ofte for mye ansvar for sin egen behandling. Rolleforvirring hos «legelegen» kan også vanskeliggjøre behandlingen av syke leger (5). Behandlende lege kan både overidentifisere seg med pasienten og bli unnvikende av frykt for å ikke være kompetent nok, noe som i begge tilfeller vil gi en suboptimal behandling. At leger ikke betaler honorar til hverandre er heller ikke heldig da det setter den syke legen i takknemlighetsgjeld til behandlende lege, og at sistnevnte ikke føler seg like forpliktet til å følge opp vedkommende som når det er snakk om betalende pasienter. Manglende journalføring og dårlig oppfølging taler mot den som måtte mene at utstrakt egenbehandling er bra.

Tap av objektivitet vil også gjelde ved sykdom hos familie-medlemmer. Den rasjonelle tankegangen mister sitt fokus og legen kan gjøre feilvurderinger, det er mange fallgruver. I en undersøkelse blant britiske allmennleger fant et panel av leger at gjennomført selvbehandling var dårlig klinisk praksis i om lag 80 prosent av tilfellene (6).

Resultater

Av de 23 spørreskjemaene som ble sendt ut fikk jeg inn 15 besvarte, noe som gir en svarprosent på 65 prosent. I og med at jeg i utgangspunktet ikke visste hvor mange leger som fantes på de ulike legekantorene, og dermed delte ut flere skjema enn det var leger, er sannsynligvis den reelle svarprosenten høyere.

Besvarelsene viser tydelige tendenser som i stor grad svarer med andre undersøkelser (se tabell 1):

- 93 prosent (14/15) visste hvem fastlegen var. Samme andel oppgir at de ville ha henvendt seg til fastlegen sin dersom de ble alvorlig syk, og ikke til andre kolleger.
- Under halvparten (7/15) hadde oppsøkt fastlegen i løpet av de to siste årene. Kun sju prosent (1/15) hadde vært hos denne mer enn to ganger.
- Samtidig oppgir 80 prosent (12/15) at de har behandlet seg selv i løpet av samme periode. 13 prosent (2/15) oppgir at de aldri har behandlet seg selv.
- 73 prosent (11/15) svarer «nei» på om de tror at de kan diagnose seg selv like godt som en annen lege.
- 93 prosent (14/15) tror egenbehandling er et hinder for adekvat behandling ved alvorlig sykdom.
- 73 prosent (11/15) hadde behandlet partner eller barn. 37 prosent (4/11) av disse hadde ved en anledning opplevd dette som ubehagelig.
- 100 prosent (15/15) foretrekker at familie og venner bruker sin egen fastlege framfor å komme til han/henne.
- Kun 27 prosent (4/15) synes det er ok at ansatte ved legekontoret kommer til han/henne dersom de er syke.
- 93 prosent (14/15) ser en fare ved å skulle fungere som lege for slektninger og venner.
- 87 prosent (13/15) ser en fare ved å skulle fungere som lege for seg selv.

Diskusjon

Som forventet viser spørreundersøkelsen at mange leger behandler seg selv samt familie/venner/kolleger. Under spørsmål 15 og 16 var det satt av plass til å gi en utfyllende forklaring hvorfor man evt. ser en fare ved å undersøke seg selv eller slektninger og venner. De fleste hadde svart «ja» på spørsmålene, og følgelig kom det mange kommentarer. Mange problemstillinger ble belyst, og grovt kan vi dele disse inn etter om de skyldes 1) personlige forhold eller 2) organisatoriske forhold.

Av «personlige forhold» kan nevnes: Vanskelig å være objektiv (man behandler slekt/venner annerledes enn andre pasienter), over/underbehandling, man kan presses til å overskride egne grenser, det kan være vanskelig å skille roller, man kan overse alvorlige tilstander, ingen psykologisk støtte ved egen sykdom. Ved konsultasjoner utenom kontortid tar man for lett på ting, rollefordelingen mellom lege og pasient er ofte uklar, alvorlige symptomer bagatelliseres og man har ikke innsikt nok til å fatte riktige beslutninger. Tette/nære relasjoner er et problem for legegjerningen, er det en som svarer. At fastlegen ofte er en bekjent kollega på samme legesenter nevnes også som et problem.

Ulike «organisatoriske forhold» som kommenteres er bl.a.: Manglende journalføring, vanskelig å følge opp, behandling skjer ofte uten hjelp av lab-prøver, man kan havne i lojalitetskonflikt i forhold til Folketrygdens regler om blå resept og sykemeldinger m.m., leger som stiller opp på fritiden sin har økt risiko for å brenne seg ut i yrket. «Venstre-håndsarbeid», står det i én kommentar.

Etiske retningslinjer

I den norske utgaven av etiske regler for leger står det «*En lege bør ta vare på egen helse og søke hjelp dersom denne svikter*» (7). Noe mer konkret kunne jeg ikke finne verken med tanke på egenbehandling eller behandling av familie/venner/kolleger.

I de britiske retningslinjene derimot er det et eget avsnitt som heter «*Doctors should not treat themselves or their families*» (8). For å være sikret objektiv vurdering og behandling anbefales legene å unngå å behandle seg selv og sine nærmeste, men heller ha en egen fastlege for seg selv og sine familier.

Det er også et avsnitt («*If your health may put patients at risk*») som gir råd om hva man som lege skal/bør gjøre ved egen sykdom med tanke på svekket dømmekraft/objektivitet og smittefare overfor pasienter. Oppsøk allmennlege og følg hans/hennes råd, er rådet som gis. Ikke stol på deg selv!

Hvilke tilbud finnes?

I USA har man i 30 år fokusert på problemet med syke leger (impaired physicians), og de har også kommet lengst med å undersøke effekten av intervensjoner (2). I etterkant av den store landsomfattende «Legekårsundersøkelsen» i 1993 har det blitt opprettet en **lege-for-lege**-ordning (9). Ikke alle fylker har ordningen, og det kan virke som ikke så mange benytter seg av tilbudet, spesielt etter at fastlegeordningen kom og også leger ble tildelt en fastlege (5). Finnmark legeförening drøftet på årsmøte i mars 2005 om det var behov for en slik ordning eller om fastlegeordningen dekker behovet (10).

1. Vet du hvem som er din fastlege?	Ja	Nei		
	14	1		
2. Har du vært hos fastlegen din med et helseproblem i løpet av de siste 2 årene?	Aldri	1-2 x	3-10 x	
	8	6	1	
3. Har du i løpet av de 2 siste årene hatt et helseproblem der du har behandlet deg selv?	Aldri	1-2 x	3-10 x	
	2	8	4	
4. Har du i løpet av de 2 siste årene oppsøkt andre leger enn fastlegen for råd/behandling?	Aldri	1-2 x	3-10 x	
	5	10	0	
5. Tror du at du som lege kan diagnostisere deg selv like bra eller bedre enn en annen lege ville ha gjort?	Ja	Nei	Vet ikke	
	2	11	1	
6. Tror du legers tendens til egenbehandling kan føre til at de ikke får behandling i tide dersom det er snakk om alvorlige sykdommer?	Ja	Nei	Vet ikke	
	14	1	0	
7. Hvem ville du ha henvendt deg til dersom du fikk mistanke om at du var alvorlig syk?	Fastlege	Kollega	Legevakt	Andre
	13 (14)	1(2)	0	0
8. Tror du leger overbehandler seg selv med tanke på bruk av antibiotika?	Ja	Nei	Vet ikke	
	4	9	2	
9. Har du sykemeldt venner eller familiemedlemmer de siste to årene?	Ja	Nei		
	4	11		
10. Er du kjent med støttelegeordningen i kommunen?	Ja	Nei		
	12	3		
11. Har din ektefelle/samboer eller dine barn i løpet av de 2 siste årene hatt et helseproblem der du har fungert som behandlende lege?	Aldri	1-2 x	3-10 x	
	4	6	5	
12. Dersom ja i 11: Har du noen gang følt dette som ubehagelig?	Ja	Nei		
	4	7		
13. Synes du at familie og venner helst bør benytte sin egen fastlege, eller er det greit at de bruker deg?	Greit å bruke meg	Fastlegen		
	(1)	14 (15)		
14. Synes du det er greit dersom de ansatte ved legekantoret kommer til deg dersom de er syke, selv om ikke du er fastlegen deres?	Ja	Nei		
	4	11		
15. Ser du noen fare ved å skulle fungere som lege for slektninger og venner?	Ja	Nei		
	14	1		
16. Ser du noen fare ved å behandle deg selv?	Ja	Nei		
	13	2		

3: 1 ikke besvart

5: 1 både ja/nei

7: 1 både fastlege/kollega

12: 3 av de 4 som syntes det hadde vært ubehagelig oppgave 3-10 x i spsm. 10 (ubehag øker med antall behandlinger)

13: 1 svarte: nærmeste familie meg, andre fastlege

14: 1 som svarte ja presiserte «for råd»

16: 1 svarte «stort sett ikke, men man må være forsiktig» registrert som «nei»

1 svarte «det spørs hva det gjelder» registrert som «nei» (hadde krysset for nei)

1 svarte «Ja – dersom det gjelder utover «vanlig» egenbehandling, for eksempel astma og diabetes» registrert som «ja»

Tabell 1. Spørreskjema

Støttekollega-ordninger er opprettet for å drive oppsøkende virksomhet rettet mot leger med psykiske eller andre plager, for eksempel i forbindelse med saker omtalt i media, klagesaker og misbruk av de «3 p-ene» (penger, pasienter, piller) (11). På **Modum Bad** har det siden 1998 eksistert et ressurscenter for leger som trenger hjelp og støtte i kriser og

som har vansker med å klare arbeidet som lege eller som står ved en korsvei i livet (12). Reise og opphold er gratis. I håndboka for spesialistutdanningen i allmennmedisin (13) tas «Når legen blir syk» opp som eget tema. Her poengteres det at leger er en utsatt yrkesgruppe for fenomener som utbrenthet, rusmisbruk og selvmord.

Konklusjon

Undersøkelsen viser at leger behandler seg selv til tross for at de ser farene for det. Få oppsøker fastlegen sin selv om de fleste tror at en annen lege vil kunne stille en bedre diagnose enn det de selv kan. En viss grad av egenbehandling blant leger vil nok alltid eksistere og i mange tilfeller også være hensiktsmessig. Men det finnes fallgruver å gå i, og leger bør ta egen sykdom på alvor. Kanskje burde Den Norske Lægeforening ta etter den britiske og nedfelle mer konkrete og veiledende bestemmelser angående legers behandling av seg selv og sine nærmeste? «Doctors should not treat themselves or their families»!

Det vil nødvendigvis være stor forskjell på kompetansenivået til en erfaren lege og en enda-ikke-ferdig student som meg selv, slik at jeg kan nok ikke overføre egne erfaringer direkte til legene som har deltatt i spørreundersøkelsen min. Men prinsippene er de samme uansett erfaringsnivå, og jeg tror ikke jeg er alene om å lure på hvordan man skal forhold seg til sykdom hos seg selv og sine nærmeste.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv?

Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Helen Brandstorp. Kontakt henne på helenbra@hotmail.com

Referanser

1. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=18&subid=0&PHPSESSID=33f4434ca23669e7136ce9f33db7fa5f>.
2. Tyssen R. Helseproblemer og helsetjeneste blant leger. Tidsskr Nor Lægeforen nr 30, 2001; 121: 3527–32.
3. Rosvold O, Bjertness E. Illness behaviour among Norwegian physicians. Scand J Public Health 2002; 30: 125–132.
4. Toyry S m.fl. Self-reported health, illness, and self-care among Finnish physicians: a national survey. Arch Fam Med 2000; 9: 1079–85.
5. Høie IM. Kolleger hjelper når leger er syke. Tidsskr Nor Lægeforen nr 30, 2001: 121: 3660–76.
6. Chambers R, Belcher J. Self-reported health care over the past 10 years: a survey of general practitioners. Br J Gen Pract 1992; 42: 153–6.
7. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=485>. «Ethiske regler for leger» pkt.II, B 3.
8. Den britiske legeforeningens (BMA) web-sider: <http://www.gmc-uk.org/standards/default.htm>. «Ethical guidance»
9. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=58135&subid=0>.
10. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=61150&subid=0>.
11. Ronge K. Å ta vare på seg selv – og hverandre. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 2, 2005; 125.
12. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=58136&subid=0>.
13. Håndbok for spesialistutdanningen I allmennmedisin s. 358–363



Seretide "GlaxoSmithKline"
Adrenergikum + kortikosteroid.

ATC-nr.: R03A K06

T INHALASJONSÆRSEROL 25/50, 25/125 og 25/250: Hver dose inneholder: Salmeterol. xinaf. aeqv. salmeterol. 25 µg et fluticasone. propion. 50 µg, resp. 125 µg et 250 µg, norfluran (1,1,1,2-tetrafluoretan).

T INHALASJONSPULVER 50/100, 50/250 og 50/500 I Diskus: Hver dose inneholder: Salmeterol. xinaf. aeqv. salmeterol. 50 µg et fluticasone. propion. 100 µg, resp. 250 µg et 500 µg, lactose.

Indikasjoner: Astma: Vedlikeholdsbehandling av bronkialastma, der en kombinasjon av langtidsvirkende beta₂-agonist og kortikosteroid er indikert. Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS): Symptomatisk behandling av pasienter med alvorlig KOLS (FEV₁ <50% av forventet verdi) som har hatt gjentatte eksacerbasjoner og som har vesentlige symptomer på tross av jevnlig bruk av bronkodilatorer og legemidler.

Dosering: Må brukes regelmessig, også i symptomfrie perioder, for optimal behandlingseffekt. Terapeutisk effekt av flutikason inntreffer etter 4–7 dager. Behandlingen må ikke avsluttes brått, og dosen endres kun etter avtale med lege. Dosen justeres til en oppnår kontroll, eller lavest mulige dose som gir tilfredsstillende klinisk effekt. Når symptomkontroll opprettholdes med laveste styrke (dvs. 50/100) 2 ganger daglig, kan neste steg være et forsøk med dosering 1 gang daglig, dersom dette anses å kunne opprettholde symptomkontroll. Alternativt kortikosteroid alone. Ved dosering 1 gang daglig gis dosen fortrinnsvis om kvelden ved nattlige symptomer, respektive om morgenen til de pasienter som har mest symptomer om dagen. Dersom aktuell dosering ikke dekkes av kombinasjonspreparatet, forskrives passende dose betaagonist og/eller kortikosteroid. **Astma:** Inhalasjonsærserol: Voksne og barn over 12 år: 2 inhalasjoner (å 25/50) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 2 inhalasjoner (å 25/125) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 2 inhalasjoner (å 25/250) 2 ganger daglig (morgen og kveld). Barn: 4–12 år: 2 inhalasjoner (å 25/50) 2 ganger daglig (morgen og kveld). Data foreligger ikke for behandling av barn <4 år. Inhalasjonspulver: Inhaleres ved hjelp av Diskus. Voksne og barn over 12 år: 1 inhalasjon (50/100) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 1 inhalasjon (50/250) 2 ganger daglig (morgen og kveld) eller 1 inhalasjon (50/500) 2 ganger daglig (morgen og kveld). Barn: 4–12 år: 1 inhalasjon (50/100) 2 ganger daglig (morgen og kveld). Data foreligger ikke for behandling av barn <4 år. **KOLS: Inhalasjonspulver: Voksne:** 1 inhalasjon (50/500) 2 ganger daglig. Dosejustering ikke nødvendig for eldre eller pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon. Pasienter bør skylle munnen og gurgle halsen med vann etter hver inhalasjon.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Både heshet og candidainfeksjon kan forebygges ved gurgling av hals og skylning av munnhule med vann etter inhalasjon. Symptombegynnende candidainfeksjoner kan behandles med fungicider til lokal bruk, samtidig som behandling med preparatet fortsetter. Paradoksalt bronkospasme kan inntreffe umiddelbart etter dosering og preparatet seponeres da straks. Pasienten behandles deretter med korttidsvirkende bronkodilator til inhalasjon, med raskt innsettende effekt. Etter klinisk vurdering av pasienten gis alternativt terapi dersom det er nødvendig. Preparatet er ikke til behandling av akutte anfall, men for regelmessig behandling. Pasienten trenger en bronkodilator med raskt innsettende effekt og kort virketid (f.eks. salbutamol) til behandling av akutte symptomer. Dersom pasienten må øke forbruket av beta₂-agonister med kort virketid for å kontrollere symptomene, tyder dette på en forverring av sykdommen og pasienten bør kontakte lege. Plutselig og tiltagende forverring av astmasymptomene er potensiell livstruende og pasienten bør umiddelbart undersøkes av lege. En

bør vurdere å øke dosen av inhalert kortikosteroid. For pasienter med astma eller KOLS bør en ved økende symptomer vurdere tilleggbehandling med systemisk kortikosteroid og/eller et antibiotikum dersom det er en infeksjon med i sykdomsbildet. Systemiske effekter kan forekomme ved høye doser brukt over lengre tid. Ved langtidsbehandling av barn anbefales kontroll av høyde. Pga. mulig svekket binyrebarkrespons, bør pasienter som overføres fra oral steroidterapi til inhalasjonsterapi følges nøye og binyrebarkfunksjon kontrolleres jevnlig. Etter introduksjon av inhalasjonsbehandling, reduseres oral behandling gradvis. I tiden etter overføring fra peroral behandling kan pasientens binyrebarkrespons være svekket. Vurder tillegg av systemiske steroider ved stress, f.eks. forverring av astmaanfall, infeksjoner eller kirurgiske inngrep. Overgang fra systemisk behandling til inhalasjonsterapi kan også avdekke tidligere steroidmaskerte allergier. Disse behandles symptomatisk. Både selektive og ikke-selektive betablokkere bør unngås, med mindre det er svært tungtveiende grunner for bruk av disse. Preparatet bør brukes med forsiktighet hos pasienter med alvorlig kardiovaskulær sykdom inkl. hjertearytmier, ubehandlet hypokalemi, lungetuberkulose og/eller tyreotoksikose. Inhalasjonspulver: Hjelpstoffet laktosemonohydrat inneholder 0,1–0,2 % melkeprotein. Det må utvises forsiktighet hos pasienter med allergi mot melkeprotein.

Interaksjoner: Ritonavir (høypotent CYP 3A4-hemmer) kan gi sterk økning i plasmakonsentrasjonen av flutikasonpropionat og sterk reduksjon i serumkonsentrasjonen av kortisol. Cushings syndrom og binyrebarksuppresjon er rapportert ved samtidig bruk av ritonavir, og kombinasjonen bør derfor unngås. Andre CYP 3A4-hemmere gir uvesentlig (erytromycin) eller mindre (ketokonazol) økning i systemisk eksponering for flutikasonpropionat, uten merkbart reduserte serumkonsentrasjoner av kortisol. Det skal likevel utvises forsiktighet ved samtidig bruk av sterke CYP 3A4-hemmere f.eks. ketokonazol, pga. potensiell fare for økt systemisk eksponering for flutikasonpropionat.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Ikke klarlagt. Dyrestudier viser reproduksjonstoksiske effekter (ganespalte, forsinket forbening), som indikerer en mulig risiko for fosterskader. Kombinasjon av salmeterol og flutikason skal kun brukes ved graviditet hvis fordelene oppveier en mulig risiko. Overgang i morsmelk: Går over i melk hos rotte. Det er ikke klarlagt om barn som ammes påvirkes.

Bivirkninger: Som for salmeterol og flutikasonpropionat hver for seg. Tremor, hodepine og palpitasjoner er vanlige, som regel forbigående og avtar ved jevnlig dosering. **Hypypie (>1/100):** Candidainfeksjoner i munn og svelg. Heshet og irritasjon i svelg. Palpitasjoner, hodepine, tremor og muskelkramper. **Mindre hypypie:** Kutane hypersensitivitetsreaksjoner. Takykardi. **Sjeldne (<1/1000):** Paradoksalt bronkospasme. Hypersensitivitetsreaksjoner med symptomer som angioedem (hovedsakelig i ansikt og svelg), respirasjonssymptomer (dyspné og/eller bronkospasme) og anafylaktiske reaksjoner. Arrtangi og myalgi. Arytmier (inkl. atrieflimmer, supraventrikulær takykardi og ekstrasystoler). Angst, søvnproblemer, adferdsendringer inkl. hyperaktivitet og irritabilitet (hovedsakelig hos barn). Mulige systemiske effekter er: Cushings syndrom, karakteristisk kjenneegn på Cushings syndrom, binyrebarksuppresjon, vekstretardasjon hos barn og ungdom, nedsatt ben tetthet, katarakt og glaukom.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Symptomer på overdosering av salmeterol er tremor, hodepine og takykardi. Dersom bruk av høyere enn godkjent dose flutikasonpropionat har pågått over lengre tid, er betydelig suppresjon av binyrebarken mulig. Det har vært meget sjeldne rapporter om akutte adrenale kriser, hovedsakelig hos barn eksponert for høyere enn godkjente doser over lengre perioder (flere måneder eller år). Observerte karakteristika inkluderer hypoglykemi med påfølgende nedsatt bevissthet

og/eller kramper. Situasjoner som potensielt kan utløse akutte adrenale kriser inkluderer eksponering for traume, kirurgi, infeksjon eller enhver hurtig reduksjon av dosen inhalert flutikasonpropionat. **Behandling:** Antidot ved symptomer på over-dosering av salmeterol, er kardioselektive betablokkere som skal brukes med forsiktighet hos pasienter med kjent bronkospasme i anamnesen. Dersom behandling med Seretide må avbrytes pga. overdosering av betaagonistkomponenten, bør hensiktsmessig kortikosteroidterapi opprettholdes.

Egenskaper: Klassifisering: Kombinasjonspreparat av kortikosteroid med høy lokal antiinflammatorisk aktivitet (flutikason) og selektiv langtidsvirkende beta₂-agonist (salmeterol). **Virkningsmekanisme:** Flutikasonpropionat: Potent antiinflammatorisk effekt i lungene og forebygger eksacerbasjoner. Salmeterol: Relaksere bronkialmuskulatur og virker symptomforebyggende. Den bronkodilatorende effekten inntreffer etter 10–20 minutter og varer i minst 12 timer. **Absorpsjon:** Flutikasonpropionat: Systemisk biotilgjengelighet er ca. 10–30 %. Ubetydelig oral biotilgjengelighet (<1 %). Salmeterol: Maks. plasmakonsentrasjon etter 1 dose (50 µg) er ca. 200 pg/ml. **Proteinbinding:** Flutikasonpropionat: i plasma ca. 90 %. **Fordeling:** Flutikasonpropionat: Distribusjonsvolum ca. 300 liter. Halveringstid: Flutikasonpropionat-reseptorkomplekset i lungevev: Ca. 10 timer. Terminal halveringstid ca. 8 timer. **Metabolisme:** Flutikasonpropionat: Hovedsakelig i lever via CYP 3A til en inaktiv karboksylsyremetabolitt. Salmeterol: Utstrakt hydroksylering i lever. Hovedmetabolitten er aktiv, men effekten er av kortere varighet. **Utskillelse:** Flutikasonpropionat: Hovedsakelig via føeces. Clearance 1,1 liter/minutt. Salmeterol: Hovedsakelig via føeces.

Oppbevaring og holdbarhet: Inhalasjonsærserol: Oppbevares ved <25°C. Beskyttes mot direkte sollys. Effekten av legemidlet kan reduseres dersom ærserolen er nedkjølt. Må ikke fryses.

Andre opplysninger: Inhalasjonspulver: Til inhalasjon ved hjelp av Diskus. Administreringsmåte: Se pakningsvedlegg. Inhalasjonsærserol: Preparatet inneholder freonfri drivgass. Et teller viser antall resterende doser gjennom et vindu bak inhalatoren; se pakningsvedlegget. Pasienter som har koordineringsproblemer ved bruk av inhalasjonsærserol bør bruke et inhalasjonskammer som hjelpemiddel. Metallbeholderen må ikke utsettes for vann.

Rekvireringsregel: Inhalasjonsærserol: Behandlingen bør være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin. Inhalasjonspulver: Behandlingen av barn skal være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin eller pediatri. Behandlingen av voksne bør være instituert ved sykehus eller av spesialist i lungemedisin.

Pakninger og priser: Inhalasjonsærserol: 25/50: 120 doser kr 340,00, 25/125: 120 doser kr 488,00, 25/250: 120 doser kr 641,80, Inhalasjonspulver: 50/100: 60 doser kr 367,60, 3 x 60 doser kr 1033,90, 50/250: 60 doser kr 496,70, 3 x 60 doser kr 1421,20, 50/500: 60 doser kr 627,00, 3 x 60 doser kr 1812,30.

T: 29), 30a)7.

Sist endret: 21.06.2005

Priser av 01.06.2005

