

Praksislærere i allmennmedisin

AV GUNHILD FELDE

De første periodene med pasientrettet undervisning på studiet setter ofte dype spor. Læringskurven er bratt og inntrykkene mange og sterke. Hodet er fullt av lærte sannheter, men tomt når det gjelder praktiske strategier i møte med kliniske problemstillinger. Selv om noen av de første pasientmøtene kan sitte godt, er det, etter å ha fått litt erfaring, lett å glemme den første usikkerheten, alt en lurte på, stresset ved å skulle få oversikt over en sykehistorie som framlegges kaotisk og uklart og følelsen av å være på bar bakke. Ting blir fort en selvfølge og rutine. Som praksislærer får en mulighet til å holde kontakten med denne tida da det som fyller alle hverdagene etter hvert enda fortoner seg nytt og spennende. «Å være praksislærer gjør at jeg våkner litt faglig og menneskelig i forhold til den daglige rutinen. Jeg får låne studentens blikk en stund», sier Unni Solem Bilsbak, erfaren praksislærer ved Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen og kommunelege I i Ulvik kommune, innerst i Hardangerfjorden. Hun har delt noen refleksjoner rundt det å være praksislærer med Utposten.

Bilsbak ble hedret med praksislærerprisen av medisinstudentene i Bergen i 2004. Nominasjon og kåring av en vinner skjer på grunnlag av skriftlig evaluering gjort av studentene. Studentene framhevet at hun er et ypperlig forbilde i legerollen og at hun gav studentene ansvar samtidig som hun var en fast støtte under hele praksisperioden. De fleste studenter er hungrige på gode forbilder og studentene har etterlyst mere vekt på personlig veiledning under studiet. En lege som framstår som et godt forbilde er god reklame for sin spesialitet. Gode praksislærere i allmennmedisin er derfor viktig med tanke på rekruttering til faget.

Praksis i allmennmedisin er lagt til forskjellige tidspunkt på de forskjellige fakultetene. I Bergen har medisinstudentene en fire ukers praksisperiode på sjette studieår. I Oslo er det små smakebiter på allmennmedisin i begynnelsen av studiet, mens hovedbolken med seks ukers praksis kommer på sjette studieår etterfulgt av en praksisperiode på nærmeste sykehus. Tromsøstudentene har en kort periode på første året og en åtte ukers praksis i allmennmedisin på femte år etterfulgt av et prosjektarbeid. I Trondheim er det seks uker med praksis på sjette studieår.

– *Hvorfor har du valgt å være praksislærer?*

– Jeg ble spurt om dette i 1990 og syntes den gangen at det var utfordrende, inspirerende og spennende. Fint å få et pust fra studiemiljø og fakultet som jeg da enda ikke hadde så mange års avstand til. Ettersom tida har gått, har min rolle gått fra å være en slags storesøster til at jeg kunne vært mora deres. Mentorfunksjonen setter både jeg og studentene pris på. Det å få være i en mester-svenn-situasjon og få en-til-en-oppfølging i fire uker, er noe ganske unikt i løpet av studiet. Fra min egen studietid kan jeg huske at jeg hadde to dager i allmennpraksis på Sotra – det var det hele. Ideelt sett synes jeg studentene også burde hatt noe allmennpraksis tidligere i studiet. Det kan virke som om mange allerede har klare tanker om hvilken spesialitet de vil velge når de kommer i praksis til oss. Og til da har jo sykehusspesialitetene fått dominere.

– *Hvor ligger utfordringene som praksislærer?*

– Det er tett og slitsomt. Jeg må være oppmerksom på studenten og hans behov samtidig som jeg selv har en jobb å gjøre. Hos oss deler vi på mitt kontor, noe som gjør meg

Unni Solem Bilsbak deler sine refleksjoner rundt det å være praksislærer med Utpostens lesere.

delvis til nomade. Jeg må finne meg en annen pult eller telefon for å få gjort litt mens studenten har pasient. Det medfører litt overtid- og kveldsarbeid for å ta unna det jeg ellers ordner mellom pasientene. Jobben blir mer intens i disse fire ukene. Likevel gjør jeg det år etter år fordi det er moro! Og litt lønnskompensasjon følger også med fra Instituttet.

– *Noen hevder at medisinstudentene gjennomgår en seks års hjernevask og kommer ut som ikke-tenkende, strømlinjeformede broilere. Hva er ditt inntrykk av studentene du møter?*

– Jeg synes de er veldig forskjellige. Mange er flinke til å reflektere, de fleste kan mye, men problemet er å sette kunnskapen ut i livet. De er flinke til å bruke kilder til kunnskap, både bøker og elektroniske medier. Jeg er alltid spent når jeg skal ta i mot en ny student. Vi skal jobbe svært tett og de fleste er veldig greie. Men noen kan være kritiske og på jakt etter fasitsvar. Som praksislærer må en kunne tåle å bli litt avslørt på områder en faktisk ikke er så god på. Det beste er imidlertid hvis vi kan reflektere og lete etter svar sammen.

– *Hva ser du som din viktigste oppgave som praksislærer?*

– Mitt hovedfokus er å bidra med hjelp til å omsette den teoretiske kunnskapen i det praktiske pasientarbeidet. Dette er et spennende skjæringspunkt. Hva er mulig? Hva er ideelt og hva er godt nok? Hva er viktigst å avklare her i dag og hva kan vente til seinere? Hvordan kan vi bruke tida som observasjonsfaktor og hjelp? Hvilket nivå av trygghet og oppfølging trenger denne pasienten?

Det er flott å se når studenten oppdager at personen med en sykdom eller lidelse står i en sammenheng, hører til i en familie og i et liv som legen i utgangspunktet kjenner lite til, og at dette er noe vi skal ha respekt for. Jeg ønsker å lære studentene at alle mennesker er noe mer enn det vi ser og tror i første omgang. Dette er noe jeg selv stadig lærer på nytt. Folk er fulle av overraskelser og har uante ressurser og dybder i seg.

I tillegg ønsker jeg å vise studentene hvor flott og spennende faget allmennmedisin er. Her i min praksis på lansbygda får vi alt. Ingen ting er ikke mitt bord. Da jeg ble medisinstudent tenkte jeg at jeg ville være nær mennesker, nær livet. Dette oppfylles som lege på en liten plass, på godt og vondt.



En tar del i det meste og grensen mellom privatperson og lege er ofte håpløs å trekke. Dette kommer spesielt tydelig fram i krisesituasjoner som påvirker hele bygda. Vi så det godt da vi hadde en selvmordsbølge i bygda for noen år siden. Da kunne jeg føle meg personlig berørt fordi det var personer jeg kjente, samtidig som jeg skulle fungere som lege. På vei ut en sein vinterkveld – eller natt på legevakt kan en spørre seg hvorfor en har rotet seg borti dette. Men når en på sykebesøket opplever at en pasient åpner døra på gløtt – inntil et liv – og du får lov til å se en liten flik – da reiser en allikevel hjem og vet at dette er grunnen. Noe av dette er det også fint for studenten å få innblikk i.

Jeg legger også vekt på å vise studentene hvordan det tverrfaglige samarbeidet fungerer i en liten kommune, og hvordan vi som leger er avhengige av å samarbeide med andre for å gjøre en god jobb. Studentene kan få være med helse-søster, jordmor, hjemmesykepleie, i ansvarsgruppe osv. Det sniker seg inn en del samfunnsmedisin fordi jeg er kommunelege I. De fleste studentene velger imidlertid å være mest mulig på kontoret med pasientkonsultasjoner. De opplever nok at det er her de trenger å få erfaring.

– *Hva er et godt doktor-forbilde?*

– Jeg husker fra min egen studietid at vi var sultne på gode forbilder. Det jeg så opp til da, og som jeg fremdeles synes er noe å strekke seg etter, er en kombinasjon av faglig dyktighet og evnen til å kommunisere og bry seg om at pasienten er et menneske, ikke et kasus i ei seng. Jeg tror også at et godt forbilde for studentene bør tære på å vise at hun er en person med et liv og en familie. Og så synes jeg at det er forbilledlig ikke å tro at en nødvendigvis skjønner alt selv om en har gått på doktorskolen. Noe er vi ikke bedre på enn pasienten selv, men vi kan være gode samtalepartnere og være med å «rydde». Å vite ikke å gå ut over egen kompetanse er også viktig.



– *Hvordan takler du pasienter som blir skuffet over ikke å komme til deg som de kjenner?*

– Dette kan være en vanskelig balanse-gang. Jeg ønsker at studenten skal få lære og prøve så mye som mulig. Jeg er ikke unødvendig finfølelse når pasienten nøler – «det var nå egentlig deg jeg ville snakke med...». Oftest går det greit å presisere at studenten er nesten ferdig lege og at det er mitt ansvar. Noen ganger vet jeg ut fra pasient og problemstilling at det er best at studenten bare er tilhører. Og noen ganger skjærer det seg; pasienten har ikke blitt forberedt ordentlig og føler seg overrumplet. Det er viktig at medarbeiderne opplyser pasienten som bestiller time at han kanskje møter en student, slik at de er forberedt og kan gi et informert samtykke.

De fem pedagogiske hjørnesteinene

1. Studentens læringsmål.

Studentene oppfordres til, før praksisperioden begynner, å skrive ned sine tre viktigste læringsmål og drøfte med praksislæreren hvordan de best kan realiseres.

2. Konsultasjonstrening.

Det oppfordres til at studenten delvis observerer på lærerens konsultasjoner, delvis har egne konsultasjoner og delvis har læreren med som observatør på egne konsultasjoner.

3. Praktiske ferdigheter.

Her følger ei liste over prosedyrer som kan brukes som et utgangspunkt for hva studenten bør innom iløpet av perioden.

4. Personlige utfordringer i legeyrket.

Det oppfordres til samtale om årsaker til stress og slitasje i allmennpraksis, mestingsstrategier, forebyggende råd og hvordan arbeidsmiljøet kan legges til rette for å lette mestring.

5. Pasientens nærmiljø.

Betydningen av familien og pasientens nærmiljø for sykdom, sykdomsopplevelse, mestring og helbredelse.

(Fra institutt for samfunnsmedisinske fag, UiB)

Cipralax® "Lundbeck"

Antidepressivum

ATC-nr.: N06A B10

Tabletter, filmdrasjerte 5 mg og 10 mg: Hver tablett inneholder: Escitalopramoksalt tilsv. escitalopram 5 mg, resp. 10 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171). Tabletter 10 mg med delestrek.

Dråper, oppløsning 10 mg/ml: 1 ml (20 dråper) inneholder: Escitalopramoksalt tilsv. escitalopram 10 mg, natriumhydroksid, renset vann.

Indikasjoner: Behandling av depressive episoder. Behandling av panikkklidelse med eller uten agorafobi. Behandling av sosial fobi. Behandling av generalisert angstlidelse.

Dosering: Sikkerheten av doser på over 20 mg daglig er ikke undersøkt. Administreres som 1 enkelt dose daglig og kan tas med eller uten mat. Dråper kan blandes med vann, appelsinjuice eller eplejuice. **Depressive episoder:** Normal dosering er 10 mg 1 gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maks. 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. **Panikkklidelse med eller uten agorafobi:** Anbefalt startdose er 5 mg daglig den første uken, før dosen økes til 10 mg daglig. Dosen kan økes til maks. 20 mg daglig avhengig av individuell respons. Maks. 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 maks. 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. **Generalisert angstlidelse:** Startdose er 10 mg 1 gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maks. 20 mg daglig. Langtidsbehandling av respondere er undersøkt hos pasienter som fikk 20 mg daglig i minst 6 måneder. Behandlingseffekt og dosering bør vurderes med jevne mellomrom. **Eldre > 65 år:** Halvparten av normalt anbefalt startdose og en lavere maksimal dose bør vurderes. **Barn og ungdom < 18 år:** Bør ikke brukes. For pasienter med mild eller moderat nedsatt leverfunksjon anbefales en startdose på 5 mg daglig de første 2 behandlingsukene. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg daglig. Forsiktighet og ekstra omhyggelig dosetitrering anbefales til pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon. En startdose på 5 mg daglig de første 2 behandlingsukene anbefales for pasienter som er kjent som sakte metaboliserere av CYP 2C19. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg daglig. Når behandlingen avsluttes bør dosen gradvis reduseres over 1-2 uker for å unngå mulige seponeringsreaksjoner.

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

Forsiktighetsregler: Bruk hos barn og ungdom under 18 år: Bør ikke brukes. Suicidrelatert oppførsel (suicidforsøk og suicidale tanker), og fiendtlighet (særlig aggresjon, opposisjonell atferd og sinne), er sett oftere hos barn og ungdom behandlet med antidepressiva. Dersom en ut fra et klinisk behov likevel bestemmer seg for å behandle, bør pasienten overvåkes nøye med hensyn til suicidale symptomer. I tillegg foreligger det ikke langtids sikkerhetsdata hos barn og unge med hensyn til vekst, modning samt kognitiv- og adferdsutvikling. En ev. økning i angstsymptomer avtar vanligvis innen de 2 første behandlingsukene. Lav startdose kan redusere symptomene. Escitalopram bør unngås hos pasienter med ustabil epilepsi. Preparatet 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 doser med insulin og/eller perorale antidiabetika. Depresjon assosieres med en økt risiko for selvmordstanker, selvskadning og selvmord. Risikoen vedvarer til signifikant bedring inntreffer. Siden bedring kanskje ikke inntreffer de første ukene med behandling, bør pasienten følges opp nøye i denne perioden. Det er en generell klinisk erfaring ved behandling med alle antidepressiva at risikoen for selvmord kan øke i tidlig behandlingsfase. Det kan også være en økt risiko for selvmordsadferd ved andre psykiske sykdommer hvor escitalopram brukes. Disse tilstandene kan være komorbide med depressiv lidelse. De samme forsiktighetsreglene som følges ved behandling av pasienter med depressiv lidelse bør derfor følges når en behandler pasienter med andre psykiske sykdommer. Pasienter som tidligere har hatt selvmordsadferd eller selvmordstanker, eller som uttrykker sterk grad av selvmordsadferd før behandlingsstart, har en høyere risiko for selvmordstanker eller selvmordsforsøk, og bør følges opp nøye under behandlingen. Det er utstrakte data angående risiko for selvmordsrelatert adferd ved behandling av tidligere ubehandlede pasienter, men nøye oppfølging bør sikres. Pasienter (og pårørende) bør informeres om at det er viktig å observere om det oppstår selvmordstanker/adferd eller tanker om selvskadning, og at de må søke medisinsk hjelp øyeblikkelig hvis slike symptomer oppstår. Forsiktighet anbefales hos pasienter med risiko for hyponatremi, som eldre, cirrhotiske 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 (f.eks. atypiske antipsykotika og fenotiaziner, de fleste trykksliske antidepressiva, acetylsalisylsyre og ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAIDs), tiklopidin og dipyridamol), og hos pasienter med kjent blødningstendens. Pga. begrenset klinisk erfaring anbefales forsiktighet ved samtidig bruk av escitalopram og ECT. Kombinasjonen av escitalopram med MAO-A-hemmere anbefales generelt ikke pga. 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 insidens av uønskede effekter. Forsiktighet anbefales hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CLCR < 30 ml/minutt). Escitalopram påvirker ikke intellektuelle funksjoner og psykomotoriske evner. Pasienten bør likevel informeres om den mulige risikoen for at evnen til å kjøre bil og bruke maskiner kan påvirkes.

Interaksjoner: Tilfeller av alvorlige reaksjoner er rapportert hos pasienter behandlet med SSRI i kombinasjon med en ikke-selektiv monaminoksidasehemmer (MAOH), og hos pasienter som nylig har avsluttet SSRI-behandling og påbegynt MAOH-behandling. I noen tilfeller utviklet pasienten serotonergt syndrom. Behandling med escitalopram kan starte 14 dager etter avsluttet behandling med irreversibel MAOH (selegilin) og minst 1 dag etter avsluttet behandling med den reversible MAOH (RIMA) moklobemid. Det bør gå minst 7 dager etter avsluttet escitaloprambehandling før behandling med ikke-selektiv MAOH påbegynnes. Pga. risiko for serotonergt syndrom er kombinasjonen med MAO-A-hemmer ikke anbefalt, og kombinasjon med selegilin (irreversibel MAO-B-hemmer) krever forsiktighet. Samtidig administrering med serotonerge legemidler (f.eks. tramadol, sumatriptan og andre triptaner) kan føre til serotonergt syndrom. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av andre legemidler som kan senke krampetterskelen (f.eks. andre antidepressiva (trykksliske, SSRI), neuroleptika (fenotiaziner, tioantener og butyrofenoner), meflokin og bupropion. Det foreligger rapporter på forsterkede effekter når SSRI har vært gitt samtidig med lithium eller tryptofan. Forsiktighet bør derfor utvises når escitalopram kombineres med disse legemidlene. Kombinasjon med alkohol anbefales ikke. Forsiktighet anbefales ved samtidig administrering av legemidler som metaboliseres via CYP 2C19. Samtidig administrering med omeprazol 30 mg daglig (CYP-2C19 hemmer) ga moderat (ca. 50%) økning i plasmakonsentrasjonen av escitalopram. Samtidig administrering av escitalopram med cimetidin 400 mg 2 ganger daglig (moderat potent generell enzymhemmer) ga en moderat (ca. 70%) økning i plasmakonsentrasjonen av escitalopram. Forsiktighet bør derfor utvises når escitalopram tas samtidig med CYP 2C19-hemmere (f.eks. omeprazol, esomeprazol, fluvoxamin, lansoprazol, tiklopidin) eller cimetidin. Det kan bli nødvendig å redusere dosen av escitalopram basert på klinisk monitorering av bivirkninger ved samtidig behandling. Escitalopram er en hemmer av CYP 2D6. Forsiktighet anbefales når escitalopram gis samtidig med legemidler som i hovedsak metaboliseres via dette enzymet, og som har smal terapeutisk indeks, som f.eks. flekainid, propafenon og metoprolol (ved hjertesvikt) eller enkelte CNS-virkende legemidler som i hovedsak metaboliseres via CYP 2D6, f.eks. antidepressiva ved desipramin, klomipramin og nortriptylin, eller antipsykotika som risperidon, tioridazin og haloperidol. Justering av dosen kan være nødvendig. Samtidig administrering med CYP 2D6-substratene desipramin eller metoprolol ga en dobling av plasmakonsentrasjonen for disse to.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Det foreligger bare begrenset kliniske data for escitalopram brukt under graviditet. I reproduksjonstoksikologiske studier hos rotter viste escitalopram embryo-føtotoxiske effekter, men ingen økt insidens av misdannelser. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Bruk av SSRI i tredje trimester kan føre til seponeringssymptomer, inkludert organisk betingede adferdsforstyrrelser hos den nyfødte. Følgende var rapportert hos nyfødte når gravide brukte SSRI helt fram til fødselen: Irritabilitet, tremor, hypotoni, økt muskeltonus, vedvarende gråt, di- og søvnvansker. Dette kan enten være tegn på serotonerge effekter eller seponeringssyndrom. Den nyfødte bør observeres hvis moren har brukt escitalopram sent i svangerskapet. Behandlingen må aldri avsluttes brått hvis SSRI brukes under svangerskapet. **Overgang i morsmelk:** Det forventes at escitalopram går over i morsmelk. Amning anbefales derfor ikke under behandling.

Bivirkninger: Bivirkninger er vanligst i første eller andre uke av behandlingen og avtar vanligvis i intensitet og frekvens ved fortsatt behandling. Svimmelhet, hodepine og kvalme er observert hos noen pasienter etter brå seponering av escitalopram. De fleste symptomene var milde og forbigående. For å unngå seponeringsproblemer anbefales en gradvis nedtrapping over 1-2 uker. **Hypypige (>1/100):** Gastrointestinale: Kvalme forekommer svært hyppig. Diaré, forstoppelse. Hud: Økt øyette. Luftveier: Sinusitt, gjesping. Metaboliske: Redusert appetitt. Psykiske: Nedsatt libido hos kvinner og menn, anorgasme hos kvinner. Sentralnervsystemet: Søvnløshet, sømnløshet, svimmelhet. Urogenitale: Ejakulasjonsforstyrrelser, impotens. Øvrige: Tretthet, høre. **Mindre hypypige:** Gastrointestinale: Oppkast, munntørhet, anoreksi. Hud: Utslett, eklymose, kløe, angioedem, svette. Lever: Avvikende leverfunksjonsprøver. Metaboliske: Hyponatremi, utstraktelig ADH-sekresjon. Muskel-skjelett-systemet: Leddsmerter, muskelsmerter. Neurologiske: Krampor, tremor, koordinasjonsproblemer, serotonergt syndrom. Psykiske: Hallusinasjoner, mani, forvirring, agitasjon, angst, depersonalisering, panikkanfall, nervøsitet. Sentralnervsystemet: Smaksforandringer, søvnforstyrrelser. Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Syn: Synsforstyrrelser. Urogenitale: Urinretensjon. Galaktori, seksuelle bivirkninger inkl. impotens, ejakulasjonsproblemer, anorgasmi. Øvrige: Insomnia, svimmelhet, utmatte, tretthet, anafylaktisk reaksjon.

Overdosering/Forgiftning: Doser på 190 mg escitalopram er tatt uten at alvorlige symptomer er rapportert. **Symptomer:** Symptomer på overdose med racemisk citalopram (>600 mg): Svimmelhet, tremor, agitasjon, sømnløshet, bevisstløshet, krampor, takykardi, EKG-ændringer med ST-T-ændringer, 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. Maveskylling bør utføres så raskt som mulig etter tablettinntak. Bruk av medisinsk kull bør vurderes. Overvåkning av hjertefunksjonen og vitale funksjoner sammen med generell symptomatisk behandling anbefales.

Oppbevaring og holdbarhet: Flasken oppbevares ved høyst 25 °C etter at den er åpnet. Oppbevares i ytteremballasjen for å beskytte mot lys. Dråpene brukes innen 16 uker etter at flasken er åpnet.

Pakninger og priser, Tabletter: 5 mg: Enpac: 28 stk. kr. 133,10, 10 mg: Enpac: 28 stk. kr. 201,00, 98 stk. kr. 626,80, 200 stk. kr. 1243,40, Endose: 49 stk. kr. 330,60, **Dråper:** 28 ml kr. 283,60. T: 18b).

Refusjon: Behandlingen bør være instituert i psykiatrik sykehusavdeling eller poliklinikk eller av spesialist i psykiatri, og for den videre forskrivning bør det foreligge erklæring fra slik instans om at det er indisert å fortsette behandlingen ambulant. For fortsatt forskrivning utover 1 år bør det foreligge årlig fornyet erklæring fra instans som nevnt.

Sist endret: Januar 2006

Referanser:

- Montgomery SA et al. Escitalopram (S-Enantiomer of Citalopram): Clinical Efficacy and Onset of Action Predicted from a Rat Model. *Pharmacology & Toxicology* 2001; 88: 282-286
- Auquier P et al. Comparison of escitalopram and citalopram efficacy: A meta-analysis. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2003; 7: 259-268
- Sorbera LA et al. Escitalopram Oxalate. *Drugs of the Future* 2001; 26(2): 115-120