

Vi lever i en foranderlig verden og det vi en gang lærte, blir modifisert, langsomt og umerkelig til vi plutselig ser at det som en gang var «slik skal det gjøres» har blitt til «slik gjør (nå) jeg det!»

Vi håper at denne faste spalten i Utposten skal bidra til at flere leger deler sine personlige løsninger på hverdagens utfordringer med Utpostens lesere.

*Slik gjør (nå)
jeg det!*

Undervisning på legekantoret

nødvendig næring i det daglige arbeidet, men ikke alltid enkelt å få til

Hvorfor internundervisning? Av fire grunner: god kvalitet på tjenestene til befolkningen, godt arbeidsmiljø, sikre rutiner og det at det er inspirerende. Disse er gjensidig avhengig.

Vi ønsker **god kvalitet** på tjenestene vi tilbyr våre pasienter. Den er avhengig vår faglighet og samhandling innad på legekantoret. Det sies ofte at kvaliteten i en kjede ikke blir bedre enn det svakeste ledd. Felles internundervisning med leger og medarbeidere øker den felles forståelsen av hverandres arbeidsfelt, bedrer vår felles forståelse av leger og medarbeidere som et team og gjør det lettere å presentere felles faglige og praktiske prosedyrer til befolkningen. Det ligger et potensial i å trekke faglige vekslar både på medarbeidere og andre leger i praksisen. Vi er ofte sårbare små enheter med et lite faglig miljø, og det gjør internundervisning minst like viktig som i større bedrifter, men kanskje vanskeligere å gjennomføre.

Godt arbeidsmiljø krever gode samarbeidsrutiner og noen gode samarbeids- og utviklingsarenaer. Arbeidet i praksisen krever et nært samarbeid med medarbeiderne, mens vi ofte ikke arbeider så nært med de andre legene i praksisen. Mange av oss har langvarige partnerskap, med stabilitet i lege- og medarbeiderstabene, og behovet for stadig frisk faglig innsprøytning er stort både for leger og medarbeidere. For arbeidsmiljøet er det også fordel med en viss likhet i verdier, faglig forståelse og enighet om noen prioriteringer. Noen av disse må gjennomdrøftes og gjøres skriftlig for å kunne følges av både leger og medarbeidere.

For å sikre anledningen til å arbeide med punkt 1 og 2, er det nødvendig å ha en fast tid avsatt til internundervisning. Som arbeidsgivere og ledere har vi leger et ansvar både for egen og for medarbeideres faglige oppdatering. Det er i tillegg prosedyreendringer, kontroller og for eksempel medikamentforskrivningsendringer som gjør det nødvendig og viktig å ha internundervisning. Og så er internundervisning utfordrende og av og til gøy...

Hvordan gjennomføre det?

Uten **fast avsatt tid** og enighet om at internundervisning er viktig, blir det ikke noe av det. Når man driver allmennpraksis blir man revet mellom alt som skulle vært gjort; akutt sykdom, kurs og møter som kommer imellom og individuelle behov for prioritering av andre ting i øyeblikket. Samtidig er vi små bedrifter som selv bestemmer om vi vil prioritere disse ikke-produktive gjøremål. Derfor er den første bøygen å få satt av en bestemt tid til undervisning (og personalmøter), som alle holder «hellig» slik at den ikke spises opp av andre ting. Denne tiden må også gjøres kjent, slik at pasienter og andre respekterer den og ikke forstyrrer oss uten ved akutt behov.

Vi har satt av en fast time i uken, fredag morgen, som brukes til personalmøter, internundervisning og av og til møte med samarbeidspartnere. Denne timen har stått på ukeplanen vår i 20 år. Til tross for årelang kamp for denne timen, er det perioder i året hvor det er vanskelig å få gjennomført internundervisning.



Den neste bøygen er en **kontinuerlig plan over faglige tema**. Det er mitt ansvar å sette opp en plan hvor vi rullerer en del temaer og tar opp aktuelle faglige temaer. Det er viktig at det er én bestemt som har ledelsesansvar for dette, fordi det ellers smuldrer bort i tidligere nevnte krav og muligens doktorens mer materielle behov. Vi har satt av en klokke time i uka med rom for personalsaker først. Så har vi en innledning over et aktuelt faglig tema og deretter diskusjon. Det legges opp praksisnært, og vi har ganske lav terskel på hvor godt man skal ha forberedt seg, fordi det ellers blir for tungt å få gjennomført.

Eksempler på tema: Når vi har vært på kurs refereres de i den grad det er av felles interesse. Fordi vi har turnuslege, er det naturlig å ta opp en de grunnleggende faglige temaer som BT-behandling, diabetes, antibiotikavalg ved div. infeksjonssykdommer etc. Det er nyttig for oss alle med grunnleggende diskusjoner om gamle sannheter. Prosedyrer ved hjertestans eller akutt skade skal være et tema hvert halvår. Fagforeningssaker, samarbeidsproblemer med spesialisthelsetjenesten og forskriftsendringer, er eksempler på stadig tilbakevendende temaer. Hvem som innleder går på omgang, etter eget temaønske, – lystprinsippet så langt det går.

Gammel vane og innarbeidede selvfølgheter sløver og er en fiende også i dette samlivet, og det går ikke like knirkefritt hele tiden. Spesielt er det en utfordring år etter år å sette internundervisning og personalmøter foran andre ting som presser på. Men denne timen er en fritime, både sosialt og faglig, og føles som godt lim i praksisen, selv om undervisningen ikke er like intens hele tiden.

Karin Frydenberg

Cipralex® "Lundbeck"

Antidepressivum

ATC-nr.: NO6A B10

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

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

Indikasjoner: Behandling av depressive episoder. Behandling av panikktilstand 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 fortsettes 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 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 dosistitering 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 langtidssikkerhetsdata hos barn og unge med hensyn til vekst, modning samt kognitiv- og adferdsutvikling. En 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 dosen med insulin og/eller perorale antidiabetika. Depresjon assosieres med en økt risiko for selvmordstanker, selvskaadning 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 selvmordstanker og andre psykiske sykdommer hvor escitalopram brukes. Disse tilstandene kan være komorbide med depressiv lidelse. De samme forsiktighetsreglene som følges ved behandling av pasienter med depressive lidelser bør derfor følges når en behandler pasienter med andre psykiske sykdommer. Pasienter som tidligere har hatt selvmordstanker eller selvmordstanker, eller som uttrykker sterk grad av selvmordsfarfar ved behandlingsstart, har en høyere risiko for selvmordstanker eller selvmordsforsøk, og bør følges opp nøye under behandlingen. Det er utilstrekkelige 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 selvskaadning, 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 trisykliske antidepressiva, acetylsalicylsyre og ikke-steroidale antiinflammatoriske midler (NSAIDs), tiklopidin og dipyridamol), og hos pasienter med kjent blødningsyndes. 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 uterpreparater som inneholder johannesurt (Hypericum perforatum) kan gi økt risikoen 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 (trisykliske, SSRI), neuroleptika (fentiaziner, tiokantener og butyrofenoner), miflokin og bupropion. Det foreligger rapporter på forstyrkede effekter når SSRI har vært gitt samtidig med litium 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, fluvoksamin, 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 som desipramin, klomipramin og nortriptylin, eller antipsykotika som risperidon, tiordazin og haloperidol. Justering av dosen kan være nødvendig. Samtidig administrering med CYP 2D6-substratet desipramin eller metoprolol ga en dobling av plasmakonsentrasjonen av 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-fetotoksiske effekter, men ingen økt risikoen 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, hypertoni, 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. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Kvalme forekommer svært hyppig. Diaré, forstoppelse. Hud: Økt svette. Luftveier: Sinusitt, gjesping. Metabolske: Redusert appetitt. Psykiske: Nedsatt libido hos kvinner og menn, anorgasme hos kvinner. Sentralnervesystemet: Søvnløshet, sømnlens, svimmelhet. Urogenitale: Ejakulasjonsforstyrrelse, impotens. Øvrige: Tretthet, feber. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Oppkast, munntørhet, anoreksi. Hud: Utslett, ekkymer, kløe, angioedem, svette. Lever: Avvikende leverfunksjonsprøver. Metabolske: Hyponatremi, utilstrekkelig ADH-sekresjon. Muskel-skjelett-systemet: Leddsmerter, muskelsmerter. Neurologiske: Krampor, tremor, koordinasjonsproblemer, serotonergt syndrom. Psykiske: Hallusinasjoner, mani, forvirring, agitasjon, angst, depersonalisering, panikkanfall, nervøsitet. Sentralnervesystemet: Smaksforandringer, søvnforstyrrelser. Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Syn: Synsforsvimmelhet. Urogenitale: Urinretensjon. Galaktori, seksuelle bivirkninger inkl. impotens, ejakulasjonsproblemer, anorgasmi. Øvrige: Insomnia, svimmelhet, utmattelse, 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, sømnlens, 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. Dråpen 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 psykiatrisk 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